

Een ongelukje ?

Een verkennend onderzoek naar
Oorzaken en achtergronden
van ongewenste zwangerschap

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN
DE GENEESKUNDE AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT
TE ROTTERDAM OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNI-
FICUS PROF. DR. B. LEIJNSE EN VOLGENS BESLUIT
VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATS VINDEN
OP WOENSDAG 16 MAART 1977 DES NAMIDDAGS TE
4.15 UUR PRECIES

DOOR

Bernard Jan Looij

GEBOREN TE ROTTERDAM

UITGAVE STIMEZO – NEDERLAND
DRUKKERIJ ELINKWIJK B.V. – UTRECHT

PROMOTORES : PROF. DR. H.J. DOKTER
PROF. DR. F. VERHAGE

CO-REFERENTEN : PROF. DR. A.C. DROGENDIJK
PROF. DR. J.H. THIEL

Πάντα ρεῖ,

Ἡράκλειτος

aan de nagedachtenis van mijn vader

Inhoud

1. Inleiding	9
1.1 Begripsbepaling	9
1.2 Nadelen van ongewenste zwangerschap	10
1.3 Omvang van het probleem	10
1.4 Globale vraagstelling	10
1.5 Betekenis van het cultureel milieu	11
2. Literatuurbeschouwing	12
2.1 Leeftijd en burgerlijke staat	12
2.2 Sociale klasse en ontwikkelingsniveau	13
2.3 Psychische kenmerken	13
2.4 Attitude ten aanzien van sexualiteit	13
2.5 Motivatie inzake procreatie	14
2.6 Onderzoek naar de redenen voor het al of niet toepassen van anticonceptie	15
2.7 Overzicht van mogelijke oorzakelijke factoren	21
3. Evaluatie van de literatuurgegevens – omschreven probleem- stelling – ontwerp voor eigen onderzoek	22
3.1 Beperkingen van de literatuur	22
3.2 Probleemstelling	23
3.3 Ontwerp eigen onderzoek	23
4. Uitvoering van de eerste fase van het onderzoek	27
4.1 Het afnemen van de interviews	27
4.2 Gespreksvoering	31
4.3 Analyse van de gesprekken	32
5. Uitvoering van de tweede fase van het onderzoek	33
5.1 Het opstellen van de vragenlijst	33
5.2 Aanwerving en training van de judges	34
5.3 Bewerking van het gesprekkenmateriaal door de judges	36

6. Critische beschouwing van de onderzoeksprocedure	38
6.1 Selectie	38
6.2 Vergelijkbaarheid van de onderzoekgroep met de controlegroepen	41
6.3 Invloed van de persoon van de interviewer en de interview-situatie	42
6.4 Invloed van de samenstelling van de vragenlijst	43
6.5 De judges	44
7. Resultaten van de eerste onderzoeksfase	45
7.1 Analyse van de gesprekken	45
7.2 Inventarisering en rubricering van de factoren	51
8. Uitkomsten van de tweede onderzoeksfase	65
8.1 Demografische gegevens — representativiteit van de onderzoekpopulatie — vergelijkbaarheid van onderzoekgroep en controlegroepen	66
8.2 Frequentie van voorkomen van de oorzakelijke factoren	74
8.3 Vergelijking van onderzoekgroep met controlegroepen	77
8.4 Groep onbedoelde geaccepteerde zwangerschappen	84
8.5 Gevonden samenhangen tussen variabelen	85
9. Conclusies en consequenties	92
10. Samenvatting	99
11. Summary	100
Geraadpleegde literatuur	101
Aanhangsel	103

1. Inleiding

Werkers in vele diensten van maatschappelijke hulpverlening worden regelmatig geconfronteerd met ongewenste zwangerschap. Dit geldt ook voor schrijver dezes als huisarts en in het bijzonder als medewerker van een consultatiebureau voor sexualiteit en van een abortuskliniek.

1.1 Begripsbepaling

Als een vrouw zwanger wordt zonder dat dit haar bedoeling was is er in eerste instantie dus sprake van een onbedoelde conceptie. Nu kan zij zich bij deze gegeven situatie al dan niet neerleggen. In het eerste geval resulteert een onbedoelde maar geaccepteerde zwangerschap, in het tweede geval is er een onbedoelde en ook niet geaccepteerde zwangerschap of wel een ongewenste zwangerschap. Een ongewenste zwangerschap is dus vrijwel altijd tevens een onbedoelde zwangerschap, afgezien van het zeldzame geval, dat na een bedoelde conceptie een dusdanige verandering in de omstandigheden optreedt (bijv. verlies van de partner), dat de zwangerschap alsnog ongewenst wordt. Deze situatie komt in het onderhavige onderzoeksmateriaal niet voor. Wanneer we dus, zoals onze bedoeling is, oorzaken van onbedoelde conceptie willen bestuderen, dan kunnen we onze aandacht richten op vrouwen die zich als ongewenst zwanger kenbaar maken. Om deze reden en omdat dit ook in de literatuur gebruikelijk is, zullen we in dit onderzoek steeds de term ongewenste zwangerschap gebruiken, waarin dan het begrip onbedoelde conceptie besloten wordt geacht.

1.2 Nadelen van ongewenste zwangerschap

Ongewenste zwangerschappen zijn nadelig voor de volksgezondheid. Voorzover ze leiden tot een aanvraag voor abortus provocatus is het duidelijk, dat hieraan grote spanningen, angsten, innerlijke en tussenmenselijke conflicten bij alle betrokkenen inherent zijn (zie ook David, 1972). Wordt de zwangerschap niet afgebroken dan leidt hij tot de geboorte van een ongewenst kind. Dat zo'n ongewenst kind zowel in lichamelijk als geestelijk opzicht duidelijk slechtere kansen heeft dan een gewenst kind, leren de onderzoeken van Forssman en Thuwe (1966) en Veenhoven (1974).

1.3 Omvang van het probleem

Om een indruk te krijgen van de omvang van het probleem kan men allereerst het aantal uitgevoerde zwangerschapsonderbrekingen nagaan. Voor Nederlandse vrouwen bedroeg dit in 1974, het laatste jaar waarvan wij over de volledige cijfers beschikten, ongeveer 18.000 in het totaal, d.w.z. zowel de in abortuspoliklinieken als in ziekenhuizen uitgevoerde ingrepen (Stichting Stimezo Nederland, persbericht april 1975). Dat er gelukkig sprake is van een regelmatige daling van het aantal ongewenste zwangerschappen, blijkt uit het jaarverslag over 1975 van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations. Hierin staat voor 1971 een aantal abortusverzoeken vermeld van 41 per 10.000 vrouwen; dit cijfer daalt in de opvolgende jaren regelmatig tot 26 in 1975.

Hoeveel ongewenste zwangerschappen hebben geleid tot de geboorte van een ongewenst kind, is minder nauwkeurig vast te stellen, maar een verantwoorde schatting voor het jaar 1970 lijkt ongeveer 7.000 (Veenhoven, 1974).

1.4 Globale vraagstelling

De vraag dringt zich op, waarom ondanks voorlichting via allerlei media en het beschikbaar zijn van betrouwbare anticonceptiemiddelen, jaarlijks zoveel vrouwen zwanger worden, terwijl dit niet hun bedoeling was. Het is duidelijk, dat naar een zo goed mogelijk antwoord op deze vraag gezocht moet worden wil men tot het ontwerpen van zinvolle preventieve maatregelen kunnen komen.

1.5 Betekenis van het cultureel milieu

Het is hier de plaats om erop te wijzen, dat deze studie verricht wordt vanuit een Nederlands standpunt, dus gebaseerd op Nederlandse culturele normen en waarden alsmede de hier geldende sociale omstandigheden. De overwegingen en argumenteringen, die gebruikt worden, behoeven daarom niet zonder meer voor andere cultuurgebieden te gelden. Terwijl bijvoorbeeld in Nederland, zoals hierboven uiteengezet werd, abortus provocatus algemeen wordt beschouwd als een noodoplossing en zeker niet als een alternatief voor anticonceptie, geldt dat niet voor een land als Japan, waar weinig belangstelling bestaat om goede anticonceptie in de plaats te stellen van de wijd verbreide abortus provocatus (Kristin Luker, 1975). Overigens behoeft het geen betoog, dat ook in Nederland geen sprake is van een stabiel en algemeen aanvaard stelsel van normen en waarden. Veeleer valt een vrij stormachtige en voor velen verbijsterende heroriëntering te constateren op het gebied van sexualiteit en relatievorming, maar dat neemt niet weg, dat deze blijft ingebed in het Nederlandse cultuurpatroon.

2. Literatuurbeschouwing

Bij het zoeken naar een antwoord op de vraag, waarom vrouwen zwanger worden, zonder dat dit hun bedoeling was, levert literatuurstudie over dit onderwerp een groot aantal variabelen op, dat een rol kan spelen. Veel relevante informatie kan worden ontleend aan het literatuurrapport over abortus van Sondermeyer en Veenhoven (1972), waarnaar voor uitvoeriger gegevens verwezen wordt, daar wij ons bewust beperkt hebben tot vermelding van die onderzoeken, die van direct belang zijn voor onze vraagstelling.

De volgende variabelen lijken van betekenis voor ons onderzoek.

2.1 Leeftijd en burgerlijke staat

In het totaal van vrouwen dat om abortus vraagt, is de groep 20-24-jarigen relatief het sterkst vertegenwoordigd (Stichting Stimezo Nederland, 1975). Volgens Fabery de Jonge (1971) komen in de abortuspopulatie twee kenmerkende groepen naar voren, t.w.:

- jonge, grotendeels ongehuwde vrouwen
- gehuwde vrouwen met een voltooid gezin.

Zij merkt hierbij op, dat de tweede groep groter is naarmate de wetgeving minder restrictief is, omdat begrijpelijkerwijs een gehuwde zich bij een restrictieve wetgeving eerder bij een onbedoelde zwangerschap neerlegt dan een ongehuwde.

Miller (1973) maakt een nog verder gedifferentieerde opstelling van de kwetsbare fasen in het vruchtbare levenstijdperk van een vrouw, namelijk:

- de vroege adolescentie
- het begin van de sexueel actieve periode
- in de verhouding tot een vaste partner (aanpassing, eventuele spanningen, verbreken van de relatie)
- vlak vóór en in het begin van het huwelijk
- na iedere zwangerschap
- gedurende de menopauze.

2.2 Sociale klasse en ontwikkelingsniveau

In groepen met hogere opleiding komt in verhouding vaker betrouwbare anticonceptie voor (Derkx en Van der Does, 1973).

Sondermeyer en Veenhoven (1972) vinden in hun literatuurstudie geen consequente verschillen.

2.3 Persoonskenmerken

Geestelijk onvolwassen vrouwen met de neiging het dragen van verantwoordelijkheid te ontlopen zullen gemakkelijker vergeten hun pil in te nemen (Bakker en Dightman, 1964). Overigens worden geen duidelijk kenmerkende psychische eigenschappen bij ongewenst zwangeren gevonden, wel zijn binnen de groep enige verschillen gevonden tussen gehuwden en ongehuwden: ongehuwden zouden over het algemeen iets impulsiever handelen, wat koppiger en minder competent zijn (Olley, 1971).

Een bijzondere groep ongewenst zwangeren wordt gevormd door ongehuwden die hun zwangerschap niet laten afbreken, zodat een buitenechtelijke geboorte resulteert. Van Oenen (1970) onderzocht een groep van 600 ongehuwde moeders. In hoge percentages trof hij aan "broken homes", andere slechte gezinsomstandigheden, promiscuïteit en sociaal zwak functioneren. Er was een aanzienlijk aantal recidieven.

2.4 Attitude ten aanzien van sexualiteit

Ongewenst zwangeren zijn niet lichtzinniger, eerder geremder in hun sexualiteit (Treffers, 1965; Van Emde Boas, 1967).

Er is een positieve relatie tussen de mate van sex-acceptatie en pilgebruik (Derkx en Van der Does, 1973). Gebrekkige sex-acceptatie leidt tot slordiger pilgebruik (Bakker en Dightman, 1964).

Wibaut (1975) heeft vastgesteld, dat vrouwen, die moeite hebben met het aanvaarden van hun sexualiteit, vaker bijwerkingen van allerlei aard onderkennen bij pilgebruik. Dit is van belang voor ons onderzoek, daar veel onbedoelde zwangerschappen voortkomen uit het staken van pilgebruik wegens ondervonden of gevreesde bijwerkingen, zonder dat men zorgt voor een andere betrouwbare anticonceptie.

2.5 Motivatie inzake procreatie

Het is begrijpelijk, dat de aard en de sterkte van de beweegredenen om wel of geen kinderen te willen, alsmede de duidelijkheid waarmee men zich deze beweegredenen bewust is, van groot belang zijn voor de motivatie inzake toepassing van anticonceptie. Pohlman (1969) heeft de volgende rubricering gemaakt.

Motieven vóór het krijgen van kinderen

- Aanpassing aan het vrouwelijke rolpatroon
- Terwille van interactie met anderen:
 - a. bevestiging van de relatie met de eigen partner
 - b. voor reeds aanwezige kinderen
 - c. het zelf beleven van plezier aan kinderen
- Bevestiging van eigen vruchtbaarheid c.q. volwassenheid, viriliteit.
- Zinvol zijn: iets doen dat buiten de begrenzing van het eigen leven van belang blijft.

Motieven tegen het krijgen van kinderen

- Kinderen geven zorgen, ook financieel.
- Zij kunnen een bedreiging vormen voor de relatie tussen de partners.
- Zij eisen hun tol aan gezondheid en fysieke aantrekkelijkheid van de vrouw.
- Zij beperken vooral de vrouw in haar sociale mogelijkheden; het sterkst geldt dit voor ongehuwden.

Omstandigheden, die een eventuele zwangerschap ongewenst maken

- Slechte relatie met de verwekker.
- Gebrekkige steun bij anderen (bijv. ouders).
- Slechte economische en sociale omstandigheden.
- Strijdigheid met werk of studie.
- Gebrekkige ontwikkelingskansen voor het kind.

Er wordt op gewezen, dat deze omstandigheden sterk in betekenis kunnen wisselen door veranderend sociaal en cultureel klimaat.

Ook Out en Zegveld (1973) hebben onderzoek gedaan naar de motivatie om kinderen te willen. Zij tonen aan dat deze motivatie sterk bepaald wordt door de sociale wenselijkheid en stellen ter verklaring van hun uitkomsten een aantal hypothetische regels op, d.w.z. regels waarvan men zich niet bewust is, maar die zich kenbaar maken door de invloed die ze uitoefenen op de motivatie voor ouderschap. Als zodanig noemt hij:

- jonggehuwden horen kinderen te krijgen
- mensen horen kinderen te willen
- voor zoets als het willen van kinderen moet men een reden hebben
- er zijn goede en slechte redenen om kinderen te willen
- alleen redenen die goed zijn, mogen ook belangrijk zijn.

2.6 Onderzoek naar de redenen voor het al of niet toepassen van anticonceptie

Fabery de Jonge (1971) vindt bij een groep van 906 Nederlandse vrouwen, die geaborteerd zijn, dat bijna een kwart geen enkele vorm van anticonceptie heeft toegepast, terwijl 28% zeer onveilige methoden (periodieke onthouding, coïtus interruptus) heeft gebruikt.

Over diverse factoren, die het gebruik van anticonceptie beïnvloeden, is onderzoek gedaan.

Motivatie

De *sterkte* van de motivatie blijkt in direct verband te staan met de discrepantie tussen gewenste en werkelijke gezinsgrootte (Family Growth in Metropolitan America, 1963; Growth of American Families, 1966). Naarmate deze discrepantie groter is, is de motivatie sterker. Treffers (1965) beschouwt als de kern van het abortusprobleem het feit, dat bij een aantal vrouwen die sterk gemotiveerd zijn voor gezinsbeperking, de anticonceptie toch mislukt.

De *duidelijkheid* van de motivatie wordt bepaald door opgedane ervaringen in eigen leven of in de directe omgeving. Derkx en Van der Does (1973) vinden in hun onderzoek echter niet, dat mislukte anticonceptie in eigen omgeving leidt tot gebruik van meer betrouwbare methoden (pilgebruik).

De *ondubbelzinnigheid* van de motivatie; een intrapsychisch conflict tussen tegengestelde motivaties schaadt de effectiviteit van handelen.

Anticonceptie blijkt vaak te falen indien vrouwen onbewust graag een kind willen (Adams, 1961).

Vrouwen waarbij de anticonceptie mislukt vertonen vaker problematische relaties en ambivalentie t.a.v. hun eigen seksueel gedrag (Fawcett, 1970).

Beleving van de sexualiteit

De effectiviteit van anticonceptie blijkt samen te hangen met de mate van seksuele satisfactie (Rainwater, 1965; Derkx en Van der Does, 1973; Wibaut, 1975). Vrouwen met weinig plezier in seksueel contact, die dit toestaan om hun partner niet te verliezen, verwachten van de partner alle initiatief inzake anticonceptie (Fabery de Jonge, 1971).

Weerstand tegen anticonceptie

Algemeen. Menigeen beschouwt het als tegennatuurlijk of onmannelijk of als strijdig met de vereiste spontaniteit van het geslachtsleven (Fawcett, 1970; Diamond et al., 1973).

Afwijzing van de voortplantingsgedachte als zodanig kan leiden tot de consequentie: "ik wil niet aan voortplanting denken, dus anticonceptie is niet nodig" (Flugel, 1947).

Weerstand tegen *bepaalde vormen* van anticonceptie. Ieder middel kent zijn specifieke weerstanden (Thiery et al., 1971).

Het idee, dat de pil gevaarlijk is, is wijd verbreid (o.a. Derkx en Van der Does, 1973).

Competentie van het individu

Algemeen. Vrouwen die regelmatig vergeten hun anticonceptiepil in te nemen kenmerken zich door onvolwassenheid, onverantwoordelijkheid en moeizame sociale relaties (Bakker en Dightman, 1964). Pohlman (1968) vindt daarentegen geen noemenswaardige verschillen in persoonlijkheid tussen mensen, die anticonceptie effectief of minder effectief toepassen.

Specifieke competentie t.a.v. anticonceptie.

- Kennis omtrent anticonceptiemethoden en hun betrouwbaarheid; deze is in het algemeen niet groot. Bij het Sex-In-Nederland onderzoek (1969) blijkt de helft van de bevolking terzake onvoldoende op de hoogte te zijn. Alternatieven voor de pil zijn veel te weinig bekend (Pion et al.; Fabery de Jonge, 1971).
Bovendien weten veel vrouwen niet hoe ze aan de benodigde anticonceptiemiddelen moeten komen, durven ze bij de huisarts niet aan te kloppen en weten ze de weg naar een consultatiebureau niet te vinden (Fabery de Jonge, 1971).
De kennis omtrent het bestaan, de betrouwbaarheid, de verkrijgbaarheid, eventuele bijwerkingen van anticonceptiemiddelen is bij pilgebruiksters duidelijk groter dan bij niet-pilgebruiksters (Derkx en Van der Does, 1973).
- Ervaring met sexueel contact.
Anticonceptie faalt het meest bij minderjarige meisjes met weinig seksuele ervaring (Fabery de Jonge, 1971).
- Zich bewust zijn van de kans op zwangerschap. De angst voor zwangerschap neemt af, naarmate het langer goed gegaan is met de gevolgde anticonceptiemethoden (conditionering) (Fabery de Jonge, 1971).
Veel vrouwen menen, dat bij een weinig frequente coïtus de kans op zwangerschap praktisch afwezig is (Pion, 1970).

Geneigdheid tot riskant gedrag

Russo (1971) heeft ervoor gepleit om de beschikbare kennis omtrent de geneigdheid tot het nemen van risico's ook eens ten goede te laten komen aan de preventie van ongewenste zwangerschap.

Veel onderzoek over dit onderwerp is o.a. gedaan door Kogan en Wallach (1964, 1967) en hieruit blijkt in de eerste plaats dat we te maken hebben met een zeer complex verschijnsel. De mate van geneigdheid tot riskant gedrag kan niet als een constante eigenschap van iemand worden beschouwd maar wordt beïnvloed door een aantal factoren, waarvan we de volgende noemen.

De situatie

Ervaart men de kans op succes als bepaald door vaardigheid, dan worden middelmatige risico's genomen. Ervaart men deze dan daarentegen als bepaald door het toeval, dan worden extreem hoge of lage risico's genomen. Deze situatie zou te vergelijken zijn met die van mensen, die weinig vertrouwen hebben in anticonceptieve maatregelen in het algemeen.

Voorts blijkt van invloed de mate van belang, die men hecht aan het falen of slagen in een bepaalde situatie, in ons onderzoek dus het al of niet zwanger worden. Dit sluit aan bij Adams' bevinding (1961), dat riskant anticonceptiegedrag meer voorkomt bij bestaande ambivalentie ten opzichte van zwangerschap.

Ten slotte constateren Kogan en Wallach een invloed van ervaringen uit vorige risicosituaties; er is een neiging tot grotere risico's na een reeks gunstige resultaten. In de anticonceptiesituatie zou dit betekenen, dat mensen, die met een bepaalde methode (ook al staat deze als niet erg betrouwbaar bekend) een tijdlang geen mislukking hebben meegemaakt, de neiging hebben om daarmee door te gaan (conditionering).

Eigenschappen van de persoon in kwestie

In het onderzoek van Kogan en Wallach blijkt van invloed de mate, waarin iemands gedrag geregeld wordt door "interne" dan wel "externe beheersing", d.w.z. of men meer het gevoel heeft, dat men zelf verantwoordelijk is voor zijn daden en invloed heeft op zijn levenslot of dat er meer sprake is van een bestiering buiten iemands macht. Hierop sluit aan de bevinding van Andriessen (1972), dat personen, die hoog scoren op interne beheersing meer geneigd zijn tot het toepassen van beschermingsmiddelen in de industrie en meer voor hen relevante informatie verzamelen en gebruiken. Verder blijken de eigenschappen "faalangst" en "neiging tot sociaal wenselijk gedrag" samen te gaan met een consistente neiging tot hetzij een hoge dan wel een geringe mate van risico's nemen. Deze personen vertonen ook weinig neiging hun gedrag te corrigeren onder invloed van opgedane ongunstige ervaringen.

Groepsprocessen

Aan Kogan en Wallach is ook gebleken dat in het algemeen in een groepsbeslissing een groter risico aanvaard wordt dan bij beslissingen van de individuen apart ("risky shift"). Dit wordt verklaard door de grotere invloed in de groep van mensen met sterke risiconeiging en door diffusie van de verantwoordelijkheid in een groep. Het is duidelijk, dat dit verschijnsel van betekenis kan zijn in de coïtusituatie; immers, als de partners met elkaar gaan overleggen over de toe te passen anticonceptiemethoden, zou de neiging bestaan om het minst veilige voorstel in praktijk te brengen.

Een interessante visie op het ontstaan van ongewenste zwangerschap is ontwikkeld door Kristin Luker (1975). Op de basis van weinig gestructureerde interviews met clienten van een abortuskliniek in Californie kwam zij tot de

constructie van een model van risiconemend gedrag op grond van een min of meer bewust intra-psychisch proces van afwegen van het vóór en tegen van het nemen van risico ("bargaining"). Vóór het nemen van risico pleiten de nadelen van anticonceptie en de voordelen van zwangerschap. Tegen het nemen van risico pleiten de nadelen van onbedoelde zwangerschap en van een abortus provocatus.

Als risico-bevorderende nadelen van anticonceptie vond zij:

- het toegeven, dat men geslachtsverkeer heeft
- de planmatigheid stoort de spontaniteit
- gevreesde en ondervonden bijwerkingen van anticonceptiva
- moeilijke verkrijgbaarheid (subjectief) en de kosten, die eraan verbonden zijn
- tegenwerking van de partner
- in-stand-houden van de motivatie blijkt moeilijk
- religieuze bezwaren.

Als voordelen van zwangerschap werden bij de geïnterviewde vrouwen gevonden:

- het is een teken van vrouw zijn, van vruchtbaarheid
- het maakt je belangrijk in de ogen van jezelf en anderen
- bij een ongehuwde dwingt het de partner tot "kleur bekennen"
- het geldt soms als kreet om hulp in psychosociale problematiek
- het is een opwindend gebeuren in een saai bestaan.

Als nadelen van de abortus provocatus worden genoemd:

- de kosten
- het soms verlangde psychiatrische onderzoek met mogelijk daaruit voortkomende stigmatisering tot iemand met een psychisch conflict
- sociale afkeuring

Opmerkelijk is, dat mogelijke intra-psychische problematiek bij de vrouw, verbonden aan het afbreken van een zwangerschap, niet wordt genoemd bij de nadelen van abortus provocatus.

Gevoel van eigenwaarde, "marktwaardebesef"

Derkx en Van der Does (1973) vinden, dat pilgebruiksters zichzelf vaker aantrekkelijk vinden voor mannen dan gebruiksters van minder betrouwbare anticonceptie. Dit wijst erop, dat er een positieve relatie bestaat tussen de mate van gevoel van eigenwaarde en de neiging tot het toepassen van de pil (betrouwbare anticonceptie).

Kenmerken van de relatie

Gebrekkige communicatie tussen de partners, ontbreken van overeenstemming inzake gezinsplanning, gebrekkige harmonie, sterke rolscheiding (bijv. dominantie van de man) leiden tot minder effectieve anticonceptie (Rainwater, 1965; Hill, Stycos en Black, 1959; Bakker en Dightman, 1964).

Ook Treffers (1965) vindt een sterke samenhang tussen relatieproblematiek en ongewenste zwangerschap. Zijn onderzoeksgroep bestaat echter uit een sterk geselecteerde populatie, namelijk vrouwen, die opgenomen waren wegens complicaties bij een illegale abortus provocatus in een tijd, waarin nog niet voor praktisch iedere vrouw, die haar zwangerschap als ongewenst ervoer, de mogelijkheid bestond om deze op verantwoorde wijze te laten beëindigen. Het is dan ook geen wonder, dat Treffers in zijn onderzoeksgroep een hoog percentage gezins- en relatieproblematiek vindt, maar dit hoeft niet in die mate als kenmerkend voor de ongewenst zwangere te worden beschouwd. Immers, in zijn controlegroep van vrouwen, die hun zwangerschap uitdroegen, kan zich ook een groot aantal ongewenst zwangeren hebben bevonden, waarbij echter geen gezins- en relatieproblematiek bestond van die intensiteit, dat de moeizame en gevaarlijke weg van de illegale abortus werd gezocht.

Christensen (1968) vindt een positieve correlatie tussen de mate waarin de gezinsplanning slaagt en de mate van huwelijksvoldoening.

Kenmerken van de coïtusituatie

Onverwachtheid. De anticonceptie is het slechts bij de eerste coïtus (Fabery de Jonge, 1971; Sex-In-Nederland, 1969).

Normen in de coïtusituatie. De norm is spontaniteit (liefde is blind) (Pion, 1970). Calculerend handelen is in strijd met deze norm.

Beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen en -advies

Een goede verbreiding van kennis en middelen wordt o.a. belemmerd door restrictieve overheidsmaatregelen naast onwetendheid en tegenwerking in de medische stand (Bangma, 1970).

Culturele factoren

Een periode van sterk restrictieve opvattingen inzake sexualiteit is bezig plaats te maken voor veel vrijzinniger inzichten met dientengevolge grotere kans op bevruchting. Het denken over en de beschikbaarheid van anticonceptie heeft hiermee geen gelijke tred gehouden (Saal, 1972).

2.7 Overzichten van mogelijke oorzakelijke factoren

Door Ladee (1971) is een overzicht gegeven van mogelijke factoren, die kunnen leiden tot ongewenste zwangerschap. Dit overzicht is gebaseerd op waarnemingen die gedaan zijn in een zg. abortusteam, waarvan hij destijds deel uitmaakte. Voor dit onderzoek geldt, zij het in mindere mate, hetzelfde als voor het onderzoek van Treffers (1965), namelijk dat het tot stand kwam in een tijd, waarin het nog moeilijk was om een abortus lege artis provocatus te verkrijgen, zodat de kans bestaat, dat de gevallen met zeer ernstige problematiek verhoudingsgewijs oververtegenwoordigd zijn. Ladee vermeldt ook geen kwantitatieve gegevens en gebruikte geen controlegroep.

3. Evaluatie van de literatuurgegevens – omschreven probleemstelling – ontwerp voor eigen onderzoek

3.1 Beperkingen van de literatuur

We vinden in de literatuur dus een groot aantal factoren, die een samenhang blijken te vertonen met gebrekkige anticonceptie en ongewenste zwangerschap. Het valt echter op, dat de gevonden samenhang soms nogal gering en in vele gevallen niet reproduceerbaar is.

Voorts zij opgemerkt, dat vele publicaties uit het buitenland afkomstig zijn, zodat de gevonden uitkomsten niet zonder nadere overweging op de Nederlandse omstandigheden kunnen worden toegepast.

Bovendien vinden wij een aantal vragen, die bij ons waren gerezen, in de literatuur niet beantwoord.

Ten eerste vragen wij ons af, of concrete gevallen van ongewenste zwangerschap inderdaad door één of meer van deze factoren blijken te worden veroorzaakt, hetzij direct hetzij indirect.

Ten tweede zouden we willen weten of alle in werkelijkheid voorkomende oorzaken al in deze literatuur beschreven zijn of dat er nog andere oorzaken zijn die onopgemerkt bleven. Het laatste lijkt zeker mogelijk op grond van de volgende overweging. We constateren namelijk, dat men in het algemeen bij deze onderzoeken is uitgegaan van op theoretische gronden relevant geachte factoren om vervolgens na te gaan of deze al of niet bleken te correleren met het verschijnsel gebrekkige anticonceptie of ongewenste zwangerschap. Bij deze manier van onderzoek blijft men in het onzekere in hoeverre een gevonden samenhang ook werkelijk een oorzakelijk verband betekent. Verder bestaat de kans, dat op deze wijze een aantal relevante mechanismen niet wordt gesignaleerd, eenvoudig omdat men niet op de gedachte is gekomen. Het lijkt ons dan ook zeker de moeite waard om na te

gaan of een uitbreiding en verdieping van ons inzicht verkregen zou kunnen worden door eens aan de andere kant te beginnen. Wij willen uitgaan van concrete gevallen van ongewenste zwangerschap en samen met de vrouw in kwestie tot een reconstructie van het "ongeluk" trachten te komen.

Ten derde rijst de vraag bij het overzien van de lijst van mogelijke oorzakelijke factoren welke waarde aan elk van hen in de praktijk moet worden toegekend, m.a.w. wat de relatieve frequentie van vóórkomen is.

Tenslotte vragen we ons af in welke mate de gevonden omstandigheden en kenmerken als specifiek predisponerend voor ongewenste zwangerschap mogen worden beschouwd.

3.2 Probleemstelling

Uitgaande van deze overwegingen komen we tot de volgende omschrijving van de onderzoekdoelen:

- Welke directe en indirecte oorzaken kunnen leiden tot een ongewenste zwangerschap?
- Is het mogelijk een indruk te krijgen van de frequentie, waarmee elk van deze oorzaken zich voordoet?
- In hoeverre zijn de gevonden oorzakelijke omstandigheden als specifiek te beschouwen voor het verschijnsel ongewenste zwangerschap?

Wanneer hier en elders in het onderzoek de termen "oorzaak" respectievelijk "oorzakelijk" worden gebezigd, dient hieraan de betekenis te worden gegeven die in de omgangstaal gebruikelijk is, in de zin van "predisponeren de factor" respectievelijk "predisponerend".

3.3 Ontwerp eigen onderzoek

Besloten wordt tot het verrichten van een explorerend onderzoek. Bij het ontwerp wordt ervan uitgegaan, dat het moet kunnen worden uitgevoerd vanuit de denkwijze van de huisartsgeneeskunde en met de daarbij passende hulpmiddelen en werkwijzen. Zo komen wij tot het volgende ontwerp.

Onderzoeksgroep

Bij een aantal ongewenst zwangeren zal door middel van een gesprek getracht worden een zo duidelijk mogelijk inzicht te krijgen in de werkelijke

redenen, zowel direct als indirect, die bij elk van hen tot de zwangerschap hebben geleid.

Vervolgens willen wij komen tot een rubricering van de gevonden oorzaken en zien hoe de relatieve frequentie van optreden bij deze groep vrouwen is.

Controlegroepen

Daarnaast zullen controlegroepen moeten worden onderzocht om aan het derde onderzoekdoel te voldoen.

Daar de vrouwen uit de onderzoeksgroep gekarakteriseerd worden door twee kenmerken, namelijk:

- niet zwanger te willen worden,
- toch zwanger geworden te zijn,

worden als controles gekozen enerzijds een groep vrouwen, die als gemeenschappelijk kenmerk hebben

- wel zwanger te willen worden
- ook zwanger geworden te zijn,

anderzijds een groep vrouwen met als gemeenschappelijke kenmerken

- niet zwanger te willen worden
- ook niet zwanger geworden te zijn.

Zoals in de literatuurbeschouwing vermeld werd, is ook door Ladee (1971) al een rubricering van oorzaken voor onbedoelde zwangerschap opgesteld, verzameld uit ervaringen in een abortusteam, maar hij geeft geen kwantificering en heeft geen controlegroep onderzocht.

Recruterings van onderzoeksgroep en controlegroepen

De onderzoeksgroep zal bestaan uit vrouwen, die zich bij een abortuskliniek melden met het verzoek hun zwangerschap af te breken. Zij voldoen per definitie aan het criterium voor deze groep, namelijk dat ze ongewenst zwanger zijn.

Vrouwen, die voldoen aan de criteria voor de eerste controlegroep, worden gevonden in de praktijk van een vroedvrouw. Het zal later blijken, dat onder deze vrouwen nog een kleine controlegroep inbegrepen is van vrouwen, die weliswaar onbedoeld zwanger geworden zijn, maar die zich desondanks bij hun zwangerschap hebben neergelegd.

De tweede controlegroep zal bestaan uit bezoekersters van een consultatiebureau voor geboorteregeling, daar deze aan het criterium van verantwoorde zwangerschapspreventie voldoen.

Dataverzameling

Voor het verzamelen van de benodigde gegevens wordt gekozen voor het houden van een interview met elk der in het onderzoek betrokken vrouwen. Dit interview is half gestructureerd, d.w.z. de interviewer beperkt zich tot het aangeven van bepaalde onderwerpen in ongedwongen volgorde en laat verder zoveel mogelijk het woord aan de gesprekspartner.

Ook Treffers (1965) heeft voor zijn onderzoek gebruik gemaakt van persoonlijke gesprekken met ongewenst zwangeren, maar volgens het enquête-model. Aan deze methode kleeft het nadeel, dat in principe alleen onderwerpen die door de onderzoeker bedacht zijn aan de orde komen, zodat de mogelijkheid bestaat, dat bepaalde relevante onderwerpen niet besproken worden.

Ook Wong (1971) gaat uit van gesprekken met vrouwen die om abortus arte provocatus verzoeken. Er bestond toen nog geen algemene verkrijgbaarheid van deze ingreep en zijn onderzoeksgroep bestaat dan ook voornamelijk uit vrouwen, die "de weg wisten". Bovendien zijn de gegevens over de redenen van falen van de anticonceptie uiterst oppervlakkig, terwijl een controlegroep ontbreekt en men zich van sommige van zijn conclusies kan afvragen of zij door het beschikbare cijfermateriaal wel gerechtvaardigd worden.

Voor het vastleggen van de gesprekken zullen we gebruik maken van geluidsbanden. Dit vormt het belangrijkste verschil met de werkwijze van Pearson (1973), die op vrijwel identieke wijze door middel van interviews zijn gegevens verzamelde, maar na afloop van het gesprek de inhoud in codevorm noteerde. De voordelen van bandopnamen voor een objectieve beoordeling van de onderzoekgegevens uit de gesprekken zijn evident. Weliswaar moeten we dan het mogelijke nadeel accepteren, dat de gesprekspartner zich geremd zou kunnen voelen door de aanwezigheid van de microfoon, maar zowel bij vroegere gelegenheden (registratie van gesprekken in de eigen praktijk) als bij het huidige onderzoek bleek van dit bezwaar vrijwel nooit iets, mits maar gezorgd werd voor een goede introductie, waaronder uiteraard de verzekering, dat alles anoniem blijft.

Judging

Om de gevolgtrekkingen uit de gesprekken zo goed mogelijk te objectiveren zal gebruik worden gemaakt van het systeem van "judging", d.w.z. dat hiertoe opgeleide medewerkers, die zelf niet aan de interviews hebben deelgenomen, opdracht krijgen om de gesprekken van de geluidsband af te luisteren en daarbij een door de onderzoeker opgestelde vragenlijst te beantwoorden.

Brown en Rutter (1966) hebben een dergelijke methode ter evaluatie van op geluidsband geregistreerde halfgestructureerde vertrouwelijke interviews toegepast, zij het dat zijzelf zowel de functie van interviewer als die van judge hebben. Uit hun resultaten blijkt een zeer behoorlijke mate van overeenstemming tussen de judges met betrekking tot de beoordeelde onderwerpen.

In tegenstelling tot deze onderzoekers hebben wij gekozen voor de onderzoekprocedure, waarbij het afnemen van de interviews en het judgen niet door dezelfde persoon gedaan wordt. Weliswaar kan het combineren van deze functies in één persoon het voordeel hebben, dat men zich de gespreks-situatie weer voor de geest kan halen en zodoende de betekenis van bepaalde uitspraken misschien beter kan taxeren; wij hebben echter meer belang gehecht aan het bezwaar van deze situatie, namelijk dat de interviewer weet voor welk onderzoekdoel de gesprekken gebruikt worden en daardoor het gevaar loopt "naar de verwachte uitkomst toe" te judgen.

Overzicht van de onderzoeksprocedure

De onderzoeksprocedure zal dus bestaan uit twee verschillende fasen, te weten:

Een *eerste, verkennende fase*, bestaande uit:

- afnemen van interviews met ongewenst zwangeren
- analyse van deze gesprekken
- rubricering van de gevonden oorzakelijke factoren.

Een *tweede fase van verdere uitwerking*, bestaande uit:

- afnemen van interviews voor de controlegroepen
- samenstellen van de vragenlijst
- beoordeling van het gehele gesprekkenmateriaal door de judges aan de hand van de vragenlijst
- opstelling van kwantitatieve resultaten uit de ingevulde vragenlijsten.

In de volgende hoofdstukken zal de geschetste onderzoeksprocedure gedetailleerd worden beschreven.

4. Uitvoering van de eerste fase van het onderzoek

In de eerste of verkennende fase van het onderzoek moeten factoren die bij het tot stand komen van ongewenste zwangerschap een oorzakelijke rol kunnen spelen, worden opgespoord. De beschrijving van de hiertoe verrichte werkzaamheden omvat achtereenvolgens:

- het werven van onderzoekspersonen, benevens het afnemen en registreren van de interviews, welke als onderzoekmateriaal zullen moeten dienen
- de wijze van gespreksvoering bij de interviews
- het analyseren van de geregistreerde gesprekken.

4.1 Het afnemen van de interviews

Voor het verzamelen van gegevens voor de onderzoeksgroep werd in de loop van 1974 een interview gehouden met 50 bezoekers van de Dr. W.F. Stormkliniek te Rotterdam. Deze abortuskliniek, die wordt beheerd door de Stichting voor Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking STIMEZO te Rotterdam, begon zijn werkzaamheden in oktober 1971. De patienten worden poliklinisch behandeld en komen op verwijzing van hun huisarts of een consultatiebureau voor huwelijks- en geslachtsleven. De indicatiestelling geschiedt volgens het "ja, tenzij" principe.

In het algemeen bezoeken de patienten de kliniek tweemaal. Bij het eerste bezoek zijn de volgende fasen te onderscheiden:

- inschrijving bij de receptie
- "intake" in de spreekkamer door de arts; gesprek, onderzoek, indicatiestelling

- behandeling door de arts in de behandelkamer
- rustperiode in de rustkamer
- ontslaggesprek met de arts in de spreekkamer.

Het tweede bezoek, dat 2 à 3 weken later plaats heeft, bestaat alleen uit een spreekkamerconsult met de arts voor controle op complicaties en op de effectiviteit van de bij het ontslaggesprek overeengekomen anticonceptiemaatregelen. Niet alle behandelde vrouwen brengen dit controlebezoek aan de kliniek. Voor sommigen is de grote afstand van hun woonplaats naar de kliniek een bezwaar, anderen maken wel een controle-afpraak bij hun ontslag, maar verschijnen niet.

De interviews vonden plaats hetzij tijdens het eerste bezoek tussen intake en behandeling, hetzij tijdens het tweede bezoek na het controleconsult. In alle gevallen was dus reeds behandeling afgesproken of geschied, zodat de patiënte niet het gevoel kon hebben, dat het gesprek enige invloed zou hebben op het al of niet inwilligen van haar verzoek om abortus.

Men kan zich afvragen of het voor de inhoud van een gesprek van belang zou kunnen zijn of het bij het eerste dan wel bij het tweede bezoek werd gehouden. Het tijdsverschil van maximaal drie weken tussen de beide mogelijkheden zal voor het zich herinneren van de omstandigheden omstreeks de conceptie nauwelijks een rol spelen. Dat de emotionele toestand van de vrouw verschillend moet zijn geweest in de respectieve situaties ligt voor de hand en is ons ook meermalen gebleken. Bij het eerste bezoek was er meestal iets van angst te bemerken voor de komende ingreep; bij het tweede bezoek was er meestal een zekere opluchting te constateren omdat alles achter de rug was en ook enige tegenzin om er nog over te spreken. De interviewer hield hier echter rekening mee in die zin, dat bij de inleiding tot het eigenlijke gesprek gepeild werd of enige preoccupatie door bovengenoemde gevoelens bestond. In dat geval werden deze gevoelens eerst besproken en werd uitleg en geruststelling gegeven over de behandeling of over de begrijpelijke moeilijkheden bij de verwerking ervan. Dit leidde steeds tot de gewenste ontspanning voor het verdere gesprek.

De duur van het gesprek varieerde van een half tot één uur, soms was het nog langer. Tijdens een zittingsmiddag of -avond konden daarom niet meer dan 2 of 3 interviews worden gehouden, ook al, omdat daarna de concentratie van de interviewer blijkt te verminderen. Per kliniekgzitting (er zijn steeds meerdere artsen tegelijk aanwezig) worden ongeveer 15 vrouwen behandeld. De onderzoeksgroep omvat dus slechts een klein deel van het totaal der patienten in de betreffende periode. Recruitering voor een gesprek ge-

beurde door de receptioniste naar de volgende criteria:

- Nederlandse nationaliteit
- beschikbaarheid van tijd voor het gesprek in het werkschema van de kliniek
- bereidheid van de patiente om deel te nemen aan het onderzoek.

Bij het verzoek om mee te doen werd door de receptioniste een zoveel mogelijk uniforme uitleg gegeven over de bedoeling van het gesprek, inhoudende dat een medewerker van de kliniek bezig was te onderzoeken waardoor ongewenste zwangerschappen ontstaan en dat dit gesprek zowel voor haarzelf belangrijk kon zijn om herhaling te voorkomen als voor andere vrouwen ter preventie.

Het criterium van Nederlandse nationaliteit werd gehanteerd, omdat normen met betrekking tot het huwelijksleven en sexualiteit per cultuur vrij sterk kunnen verschillen. Om die reden zijn dan ook geen vrouwen uit Suriname of Nederlandse Antillen in het onderzoek opgenomen.

Een aantal vrouwen dat volgens de eerste twee criteria in aanmerking kwam, heeft geweigerd om deel te nemen. Sommigen gaven als reden op tijdgebrek, wat plausibel was na het controle-onderzoek, omdat ze dan alleen terwille van het gesprek langer in de kliniek zouden moeten blijven. Anderen zagen er kennelijk tegenop de hele affaire nog eens door te praten. Op de betekenis hiervan voor de onderzoekresultaten zal later worden teruggekomen (zie hoofdstuk 6.1).

De gesprekken vonden plaats in een rustig vertrek van de kliniek en werden op geluidsband geregistreerd, waarvoor tevoren toestemming werd gevraagd aan de deelneemster. Enige malen nam ook de partner van de vrouw aan het gesprek deel. Bij sommige ongehuwde meisjes waren ook één of beide ouders bij het gesprek aanwezig, maar, nadat gebleken was, dat dit het meisje in belangrijke mate kon remmen in haar uitingen, werd deze opstelling verder vermeden en zijn deze gesprekken niet in het onderzoek betrokken.

Hoewel het onderzoek der controlegroepen behoort tot de tweede fase van het onderzoek, wordt om praktische redenen het afnemen van de interviews in deze groepen ook hier beschreven.

Voor de controlegroep van bedoeld zwangeren werd de medewerking verzocht en verkregen van een verloskundige, die een eigen praktijk uitoefent in het noorden van Rotterdam. Afsproken werd, dat zij uit de zwangeren, die haar prenatale spreekuur bezochten, proefpersonen zou recruterende met als enige criteria:

- Nederlandse nationaliteit
- bereidheid tot deelname na een korte uitleg over de bedoeling van het onderzoek.

Aan degenen die zich bereid verklaarden, werd gevraagd op een aparte avond in de praktijkruimte van de verloskundige terug te komen voor het gesprek, dat ook weer op de band werd opgenomen. Op deze wijze werden in de loop van acht maanden in 1974/1975 55 gesprekken gehouden. Met opzet was aan de verloskundige niet verzocht om het criterium "bedoelde" zwangerschap te hanteren bij het werven van deelnemers, daar dit buiten enige verdere context als een onbescheiden, misschien zelfs pijnlijke vraag zou kunnen worden ervaren, waarop een weinig betrouwbaar antwoord was te verwachten. Daarom was te voorzien, dat in deze groep ook een aantal onbedoeld zwangeren zou voorkomen, dat de zwangerschap in tegenstelling tot de abortusgroep geaccepteerd heeft. Inderdaad bleken er 7 onbedoelde zwangerschappen in deze groep voor te komen, die als afzonderlijk controlegroepje in het onderzoek betrokken bleven. De controlegroep van bedoeld zwangeren omvat dus $55 - 7 = 48$ vrouwen.

Voor het vormen van de tweede controlegroep, die moest bestaan uit vrouwen die verantwoorde anticonceptie toepassen, werd de medewerking verkregen van het Dr. J. Rutgershuis te Rotterdam, consultatiebureau voor geboorteregeling en sexualiteit. Aan dit bureau worden o.a. spreekuren gehouden, waar vrouwen halfjaarlijks voor pilcontrole komen. Niet alleen uit een oogpunt van anticonceptie maar ook in sociaal opzicht is dit een selecte groep op welke omstandigheid wij later bij het vergelijken van de demografische gegevens van de drie groepen nog terugkomen.

Aan een arts die zo'n spreekuur hield, werd gevraagd cliënten tot deelname aan het gesprek uit te nodigen volgens de criteria:

- Nederlandse nationaliteit
- laatste 9 maanden niet zwanger geweest
- beschikbaar zijn van tijd voor het gesprek
- bereidheid van de cliënte tot deelname na een korte uitleg van de arts over het doel van het onderzoek.

De interviewer bevond zich in een apart vertrek en gaf aan de spreekuurhoudende arts telkens een signaal als een gesprek was afgelopen, waarna dan de eerstvolgende cliënte tot deelname werd uitgenodigd.

In deze groep werd deelname aan het onderzoek slechts sporadisch geweigerd. Er werden 50 interviews gehouden en op geluidsband vastgelegd over een periode van een half jaar in 1974/1975.

4.2 Gespreksvoering

Het totale gesprekkenmateriaal werd verzameld door 3 personen, namelijk mijzelf, arts, voorts een vrouwelijk arts, medewerkster aan de Dr. W.F. Stormkliniek en een mannelijk medisch student in het derde studiejaar. Alle drie hadden een training in gesprekstechniek genoten, hetzij in de vorm van een cursus in het kader van de nascholing van huisartsen hetzij door het houden van een aantal proefgesprekken met aansluitend een kritische bespreking daarvan onder leiding van de psychiater C.Th. van Schaik. Tevens waren zij volledig op de hoogte van de medische en organisatorische gang van zaken in de kliniek, van alle bijzonderheden betreffende de anticonceptie en waren zij voldoende vertrouwd met de emotionele aspecten van de onderhavige problematiek om een vertrouwenwekkende gesprekspartner te kunnen zijn voor de geïnterviewde vrouwen. Om praktische redenen, namelijk in verband met de tijdstippen waarop de interviewers beschikbaar konden zijn, zijn de gesprekken uit de onderzoeksgroep grotendeels door de medisch student, uit de controlegroep verantwoorde anticonceptiegebruikers grotendeels door de vrouwelijk arts en uit de controlegroep gewenst zwangeren door mijzelf gehouden.

Aan een gesprek werd slechts in die mate leiding gegeven als nodig was om voldoende informatie te krijgen over de onderwerpen, die voor het onderzoek van belang zijn. De interviewers hadden zich deze onderwerpen zo goed mogelijk in het geheugen geprent en konden zodoende in de loop van het gesprek in gedachten de punten afstrepen, die aan de orde waren geweest, zodat de spontaniteit van het gesprek niet verstoord hoefde te worden door het maken van aantekeningen of het oplezen van vragen uit een lijst. Hoogstens werd tegen het eind van het gesprek even stilzwijgend een op tafel liggende "check list" doorgekeken om zeker te zijn dat alles aan de beurt geweest was. Verder werd zoveel mogelijk het woord gelaten aan de gesprekspartner en deze kreeg ook de gelegenheid om over onderwerpen te praten, die misschien niet van belang waren voor het onderzoek, maar die haar blijikbaar op dit ogenblik hoog zaten. Vaak ook werd tijdens het gesprek informatie gegeven over de behandeling, als er een abortus was afgesproken of werden er gebleken lacunes in de kennis omtrent anticonceptie opgevuld om te doen uitkomen, dat dit onderhoud niet alleen diende om onze weetgierigheid te bevredigen, maar ook om voor haarzelf van nut te zijn. Op deze wijze gelukte het in vrijwel alle gevallen een grote openheid en coöperatie bij het gesprek te bewerkstelligen.

4.3 Analyse van de gesprekken

Bij het bewerken van het aldus verzamelde gesprekkenmateriaal werd begonnen met het terugluisteren van de gesprekken van de geluidsband, waarbij de inhoud in het kort werd genoteerd en in een kaartsysteem werd verwerkt. Vervolgens werd van de gesprekken van de onderzoeksgroep een analyse geformuleerd van de factoren, die tot de ongewenste zwangerschap in kwestie hadden geleid. Zo ontstond een lijst van gevonden oorzakelijke factoren, die in een aantal rubrieken geordend konden worden. Voor een nadere omschrijving van deze factoren wordt verwezen naar hoofdstuk 7.

5. Uitvoering van de tweede fase van het onderzoek

In de tweede onderzoeksfase vond een verdere uitwerking plaats van de gegevens uit de eerste fase. Door een proces van judging werd nagegaan in welke gevallen de gevonden oorzakelijke factoren aanwezig waren, zowel in de onderzoeksgroep als in de controlegroepen. Daarna werden de gegevens geschikt gemaakt voor de statistische berekeningen die het antwoord moesten leveren op de vraagstellingen.

Achtereenvolgens zullen worden beschreven:

- het opstellen van de vragenlijst t.b.v. het judging
- het aanwerven en trainen van de judges
- de bewerking van het gesprekkenmateriaal door de judges

5.1 Het opstellen van de vragenlijst

De uit de analyses vergaarde factoren vormden het uitgangspunt voor het vragenformulier, dat opgesteld werd om door de judges bij de uitoefening van hun taak te worden gebruikt (zie aanhangsel).

De bedoeling van de beantwoording van het vragenformulier door de judges was om voor elk gesprek een zo objectief mogelijk antwoord te krijgen op de vraag, welke van de door ons gevonden factoren hier aangetroffen werden. Tevens moest door de judges worden aangegeven of zij van mening waren, dat een door hen aanwezig geachte factor als directe (mede) oorzaak voor de betreffende zwangerschap moest worden beschouwd of dat deze factor weliswaar aanwezig was, maar niet direct had bijgedragen tot het ontstaan van de zwangerschap. Bovendien werd de judge bij de meeste vragen verzocht op een als schaal dienend lijntje, dat bij de betreffende vraag

was aangebracht, aan te geven hoe zeker hij was van de juistheid van het gekozen alternatief.

Gestreefd werd naar een zo nauwkeurig mogelijke formulering van de vragen; bovendien werd om de bedoeling van de vragen, waar dit nodig leek, te verduidelijken een schriftelijke "toelichting op de vragenlijst" aan de judges verstrekt (zie aanhangsel).

5.2 Aanwerving en training van de judges

De groep judges werd gevormd door vijf studenten in maatschappelijk werk en vier studenten in de sociologie. Deze keuze werd gedaan, omdat het volgen van één van deze studierichtingen iemand in onze ogen een zekere geschiktheid verleent in het beoordelen van een gesprek.

Daar wij van de persoonlijke omstandigheden van de judges niet op de hoogte waren, werd bewust gekozen voor uitsluitend mannelijke judges; bij vrouwelijke judges immers kon de mogelijkheid zich voordoen, dat de in de gesprekken tot uiting komende veelal typisch vrouwelijke problematiek ook in haar eigen leven speelde of gespeeld had, hetgeen niet alleen een objectieve beoordeling zou bemoeilijken, maar ook voor haarzelf pijnlijk zou kunnen zijn. Tot deze conclusie zijn wij gekomen, nadat in een proefneming met vrouwelijke judges gebleken was, dat deze grote moeite hadden met dit werk.

De judges werden voor hun werkzaamheden betaald met een tevoren overeengekomen bedrag per beoordeeld gesprek.

De opdracht aan de judges bestond uit het afluisteren van een door een bepaald nummer aangeduid gesprek, waarbij aangeraden werd wat aantekeningen te maken en het daarna invullen van een vragenformulier. Door bereidwilligheid van de betreffende hoogleraar konden de judges gebruik maken van de zich in de studiezaal van de afdeling pathologische anatomie II van de Medische Faculteit te Rotterdam bevindende cassetterecorders, zodat zij ongestoord en op een tijd, die hun het best schikte, de hun toegewezen gesprekken konden beluisteren.

Aan de instructie van de judges werd de nodige zorg besteed. Eerst werd een bespreking gehouden, waarbij enige algemene informatie over het onderzoek werd gegeven, maar niet de eigenlijke vraagstelling werd genoemd

om elke bevooroordeeldheid te vermijden. Uitgebreid werd ingegaan op alle praktische details van het beluisteren der cassettes en het invullen van de vragenlijst met gebruik van de toelichting.

Daarna werd een eerste proefserie georganiseerd, waarbij iedere judge drie gesprekken (één uit iedere groep) moest beluisteren. De bedoeling was om hierdoor enerzijds eventuele onvolkomenheden in vragenlijst en toelichting te ontdekken en anderzijds de judges te testen op hun functioneren. Aan het bespreken van de resultaten van deze proefserie werd wederom een bijeenkomst gewijd.

Daarna werd een tweede proefserie georganiseerd, waarbij zes andere gesprekken (twee uit iedere groep) door alle judges moesten worden beoordeeld, dit teneinde een indruk te krijgen van de mate van overeenstemming onder de judges bij hun beoordeling. Immers, het is duidelijk, dat als deze overeenstemming niet in voldoende mate aanwezig zou blijken te zijn, voortzetting van het onderzoek op de beschreven wijze geen zin zou hebben. Daarom werden de ingevulde formulieren van de tweede proefserie per gespreksnummer op overeenstemming tussen de judges onderzocht, althans voor een vijftal belangrijke vragen van het formulier. De resultaten zijn in tabel 1 (zie aanhangsel) weergegeven. Bij de beoordeling van de gesprekken nrs. 122, 221 en 259 bleek volledige overeenstemming onder alle judges voor alle vragen te bestaan. Het verschil bij gesprek 155, vragen 12 en 13, betekkende, dat er verschil van mening was over de vraag of de bewuste zwangerschap bedoeld of onbedoeld was. Toen we zelf dit gesprek nog eens beluisterden, werd dit zeer verklaarbaar, want de vrouw in kwestie deelde mede, dat zij en haar man het er al over eens waren geworden, dat ze nog een kind wilden, alleen was de zwangerschap iets eerder opgetreden dan eigenlijk hun bedoeling was geweest. Naar de letter was hier dus sprake van een onbedoelde zwangerschap, naar de geest echter van een bedoelde; het betrof hier een in het materiaal verder niet voorkomende situatie, waarvoor in de vragenlijst niet voorzien was.

Bij de gesprekken nrs. 8 en 19 vonden we voor de eerste vier vragen een goede overeenstemming, voor vraag 34 wat minder.

Over het geheel genomen achtten wij de gebleken mate van overeenstemming onder de judges voldoende om het onderzoek op de voorgenomen wijze voort te zetten door nu over te gaan tot het laten verwerken van het gehele materiaal door de judges.

5.3 Bewerking van het gesprekkenmateriaal door de judges

Hiertoe werd aan iedere judge een lijstje met gespreksnummers uitgereikt, dat hij moest afwerken. De verdeling van gesprekken over de judges geschiedde volgens een bepaalde sleutel, zodanig, dat ieder gesprek door twee judges werd beoordeeld, dat de gesprekken zo willekeurig mogelijk over de judges verdeeld waren en dat eventueel de mogelijkheid zou bestaan de sociologen-judges met de maatschappelijk werk-judges te vergelijken met betrekking tot verschillen in hun taakuitoefening, zodat een eventuele hieruit voortkomende systematische vertekening zou kunnen worden opgemerkt. Van deze mogelijkheid is later geen gebruik gemaakt, daar dit gezien het verloop van het onderzoek niet nodig werd geacht door onze adviseur op het gebied van de statistiek. Schematisch weergegeven vindt men deze verdeling in tabel 2, waaruit blijkt, dat een zelfde combinatie van twee sociologen dan wel maatschappelijk werkers telkens zes maal voorkomt, d.w.z. twee maal in iedere onderzoeksgroep; daarnaast (binnen het gestipelde vierkant) treft men de gesprekken, die door een socioloog en een maatschappelijk werker zijn beoordeeld.

Tabel 2. Schema van parenvorming uit de judges

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1		6	6	6	3	3	3	3	3	
2			6	6	3	3	3	3	3	
3				6	3	3	3	3	2	
4					3	3	3	3	3	nrs. 1 t/m 4: sociologie-studenten
5						6	6	6	6	nrs. 5 t/m 9: maatschappelijk werk-studenten
6							6	6	6	
7								6	6	
8									6	
9										

Op deze wijze werd in de loop van vijf maanden het gehele materiaal bewerkt en werden van ieder gesprek twee vragenformulieren verkregen, in totaal dus 310.

Teneinde de formulieren voor verdere verwerking geschikt te maken moest eerst paarsgewijze "matching" plaatsvinden, d.w.z. elk formulierenpaar van

een bepaald gesprek werd per vraag gecontroleerd op overeenstemming en waar deze niet aanwezig was, werd volgens een bepaalde procedure gearbitreerd. In de meeste gevallen was het uitblijven van overeenstemming te wijten aan praktische oorzaken (bepaalde uitlating in het gesprek niet gehoord, toelichting op de vragenlijst niet goed toegepast). Dit werd dan naar de regels gecorrigeerd. Was er een echt beoordelingsverschil tussen de judges dan werd het alternatief, dat op de bij de vraag behorende zekerheidsschaal de hoogste score kreeg, gekozen. Deze omstandigheid deed zich naar schatting in hoogstens 5% der gevallen voor.

Op deze wijze gelukte het voor alle formulierenparen een bevredigende overeenstemming te bereiken.

De volgende stap was het overbrengen van de gegevens van de vragenformulieren naar codeformulieren om computerverwerking mogelijk te maken. Dit leverde geen bijzondere problemen op.

6. Critische beschouwing van de onderzoeks-procedure

Bij de beoordeling van de resultaten van het onderzoek moet rekening worden gehouden met een aantal onvermijdelijke onvolkomenheden in opzet en uitvoering. Immers, terwijl men bij een laboratoriumonderzoek het onderzoeksmateriaal en de omstandigheden nauwkeurig kan kiezen, hebben wij bij het onderhavige onderzoek te maken met proefpersonen, van welker welwillende medewerking men afhankelijk is. Het was ook niet mogelijk voor de interviews aparte afspraken te maken, zodat we genoeg moesten nemen met de beschikbare tijd. Van de beperkingen, die hieruit voortvloeien, dienen we ons rekenschap te geven.

6.1 Selectie

In de eerste plaats moeten we ons afvragen in hoeverre er binnen de onderzoeksgroep en de controlegroepen sprake kan zijn geweest van selectie door onvolledige respons, in de tweede plaats moet de vraag ter sprake komen in hoeverre de onderzoeksgroep als een representatieve steekproef kan worden beschouwd van de landelijke abortuspopulatie en ten derde moeten we ons afvragen of de door ons onderzochte populatie van vrouwen die om abortus provocatus verzoeken, representatief mag heten voor alle ongewenst zwangeren.

Respons

Met betrekking tot de onderzoeksgroep bleek bij navraag bij de receptioniste, die de patienten voor het gesprek uitnodigde, dat volgens haar schatting ongeveer de helft van de gevraagde vrouwen heeft geweigerd om deel te ne-

men. Als reden hiervoor werd vaak opgegeven, dat men beducht was voor publicatie van persoonlijke gegevens; soms ook tijdgebrek, omdat men voor het controlebezoek aan de kliniek een bepaalde tijd had vrijgemaakt en deze tijd niet onverwacht met ongeveer een uur kon uitbreiden. Het is natuurlijk mogelijk, dat de opgegeven redenen niet de enige en ook niet de echte redenen waren voor de weigering. Het onderwerp van gesprek in aanmerking nemend kan als voor de hand liggende echte redenen gedacht worden aan:

- remmingen om over een ethisch zo beladen onderwerp te spreken
- schaamte over het ongewenst zwanger zijn ("ze zullen me wel stom vinden") of over de omstandigheden waaronder de fatale coïtus plaats vond
- ervaren van het interview als een schending van de eigen privacy door een nieuwsgierige onderzoeker
- innerlijke ontreddering door de ervaring van het ongewenst zwanger zijn of door angst voor de behandeling, als die nog volgen moest.

Dreigende geestelijke decompensatie is zelfs één keer reden geweest om een interview voortijdig af te breken, toen bleek, dat de betreffende vrouw van streek raakte door de confrontatie met haar eigen problematiek; dit gesprek is ook niet in het onderzoek opgenomen.

Tenslotte zou het niet onmogelijk zijn, dat iemand deelname weigert omdat men uit overmatige bescheidenheid de eigen omstandigheden te weinig interessant acht voor een onderzoek.

Al met al kunnen we dus verwachten, dat de opgetreden selectie in de onderzoeksgroep in hoofdzaak tot gevolg zal hebben gehad, dat vrouwen met remmingen op seksueel gebied en met voor hen bedreigende problematiek ondervertegenwoordigd zijn, terwijl seksueel beter geïntegreerde vrouwen en degenen met minder zwaarwegende problematiek relatief te vaak zullen voorkomen. Het is duidelijk, dat een dergelijke selectie invloed moet hebben op de resultaten van het onderzoek, omdat het hier persoons- en situatiemarken betreft, die ook in het onderzoek betrokken zijn en waarvan te verwachten valt dat ze in de onderzoeksgroep meer zullen voorkomen dan in de controlegroepen. Het gevolg van een bovenveronderstelde selectie zou dan kunnen zijn, dat het contrast van de onderzoeksgroep met de controlegroepen minder sprekend wordt met betrekking tot de genoemde kenmerken.

Ook voor de controlegroepen hebben we nagegaan in hoeverre selectie kan hebben plaats gevonden door het weigeren van deelname door vrouwen, die

volgens de opgestelde criteria tot de groep zouden moeten behoren. Wat betreft de controlegroep van gewenst zwangeren bleek uit informatie bij de verloskundige, dat maximaal 7 vrouwen geweigerd hadden om deel te nemen. De opgegeven motieven waren van verschillende aard, bijv.:

- de tijd schikte niet
- wilde niet meewerken aan een onderzoek over abortus (gereformeerd echtpaar)
- echtgenoot vond het niet goed
- wilde niet ondervraagd worden.

Gezien de aard van de opgegeven motieven is het zeker denkbaar, dat hierdoor een aantal vrouwen met kenmerken, die voor het onderzoek van belang zijn, zoals restrictieve opvattingen inzake sexualiteit, uit deze controlegroep zijn weggevallen, hetgeen dus contrastverhogend zou werken t.o.v. de onderzoekgroep. Met deze mogelijkheid zullen we rekening moeten houden wanneer we de door ons verkregen resultaten bespreken.

Voor de controlegroep van pilgebruiksters leerde informatie bij de twee artsen, die patiënten van hun spreekuur voor een interview moesten uitnodigen, dat dit slechts zeer sporadisch geweigerd werd en dan nog alleen met het motief, dat men er wat de tijd betreft niet op gerekend had. We achten het dus niet waarschijnlijk, dat hier responsselectie is opgetreden.

Steekproefselectie

In hoeverre onze onderzoekgroep een representatieve steekproef vormt uit de landelijke populatie van vrouwen, die een abortus wensen, hebben we nagegaan door vergelijking met de gegevens uit de zgn. Permanente Registratie (P.R.) van de Stichting Stimezo Nederland over de betreffende periode (1e kwartaal 1974). Deze gegevens hebben betrekking op alle in Nederland woonachtige vrouwen, die zich voor een abortus hebben gemeld bij een aan de P.R. deelnemende abortuskliniek. Deze groep vormt ongeveer tweederde van de gehele Nederlandse abortuspopulatie; niet inbegrepen zijn namelijk vrouwen, die in ziekenhuizen of door particuliere artsen behandeld werden. Wel bevat deze P.R.-groep voor bijna 10% vrouwen, die niet uit Nederland afkomstig zijn (bijv. Surinaamsen, gastarbeidsters enz.), dit dus in afwijking van onze onderzoekgroep.

De gegevens over de patiënten betreffen o.a. leeftijd, burgerlijke staat, schoolopleiding, aantal kinderen en aantal eerdere abortus provocati en op deze punten hebben we onze onderzoekgroep met de P.R.-groep vergeleken. De resultaten daarvan worden meegedeeld in hoofdstuk 8.

Zijn alle ongewenst zwangeren vertegenwoordigd?

Het moet worden betwijfeld of onze onderzoekpopulatie, d.w.z. vrouwen die zich bij een abortuspolikliniek melden voor zwangerschapsafbreking, alle vrouwen die ongewenst zwanger zijn, vertegenwoordigt. Met name denken we hier aan de groep ongehuwd zwangeren, die hun zwangerschap uitdragen. Misschien heeft een deel van hen de zwangerschap achteraf aanvaard, maar gezien de grote sociale problemen die hiermee gepaard gaan, is de veronderstelling gewettigd dat een ander deel de zwangerschap als ongewenst blijft ervaren maar geen andere mogelijkheid ziet dan het uitdragen van de zwangerschap al dan niet gevolgd door afstand doen van het kind. De redenen waarom niet tot abortus provocatus wordt overgegaan kennen wij niet. In aanmerking zouden kunnen komen religieuze bezwaren, angst voor de abortus of subjectieve onbereikbaarheid ervan, financiële problemen en misschien ook een gebrek aan initiatief om iets te ondernemen om de loop der dingen in hun voordeel te veranderen. Zoals in de literatuurbeschouwing is vermeld, heeft van Oenen (1970) gevonden, dat bij ongehuwde moeders in een hoog percentage psychosociale problematiek voorkomt, zoals slechte gezinsomstandigheden, promiscuïteit en sociaal slecht functioneren. In ieder geval vertoont deze groep dus bepaalde kenmerken en deze kunnen mogelijk ook oorzaken voor ongewenste zwangerschap opleveren. Op grond hiervan is het denkbaar, dat in onze onderzoekpopulatie bepaalde oorzaken niet voorkomen of verhoudingsgewijs ondervertegenwoordigd zijn. Daar staat tegenover, dat landelijk gezien de groep ongehuwde moeders veel kleiner is dan de abortuspopulatie, die zoals we in de inleiding zagen, ongeveer 18.000 vrouwen omvatte in 1974. Daarentegen geeft Schnabel (1975) voor 1974 een getal van 3668 buitenechtelijke geboorten, welk aantal bovendien sinds 1969, toen het nog 5378 bedroeg, gestadig en vrij snel gedaald is, ook procentueel (in 1969: 21,8 per 1000 geboorten, in 1974: 19,7 per 1000 geboorten).

6.2 Vergelijkbaarheid van de onderzoekgroep met de controlegroepen

De controlegroepen zijn in het onderzoek betrokken om na te kunnen gaan of er verschillen zijn met betrekking tot de onderzochte variabelen tussen de onderzoekgroep, waarvan de leden een gemeenschappelijk kenmerk n.l. niet gewenste maar wel bestaande zwangerschap vertonen, en

twee groepen waarvan de leden een ander gemeenschappelijk kenmerk hebben n.l. enerzijds gewenste en ook bestaande zwangerschap en anderzijds niet gewenste en ook niet bestaande zwangerschap. Willen zij hun functie als controlegroep goed vervullen, dan dienen zij niet tevens in andere opzichten sterk van elkaar te verschillen, tenminste niet voor zover de onderzochte variabelen hierdoor beïnvloed kunnen worden. Om hierin inzicht te krijgen hebben we de onderzoeksgroep vergeleken met de controlegroepen met betrekking tot een aantal demografische gegevens, n.l. leeftijd, burgerlijke staat, geloof, woonplaats en sociale laag. De resultaten hiervan worden besproken in hoofdstuk 8.

6.3 Invloed van de persoon van de interviewer en de interview-situatie

Men dient zich af te vragen in hoeverre de persoonlijkheid van degene, die het interview afneemt, invloed kan hebben op de uitlatingen van de geïnterviewde vrouw. Zoals vermeld waren er twee mannelijke en één vrouwelijke interviewer, terwijl om praktische redenen elk van de drie onderzochte groepen in hoofdzaak door één van de interviewers is behandeld. De vraag is dus gewettigd, of dit verschil in sekse en persoonlijke geaardheid van de interviewers benevens de geschetste verdeling van de gesprekken tot vertekening van de onderzoekresultaten hebben kunnen leiden.

Bovendien kan worden vastgesteld, dat elk van de drie onderzochte groepen zijn eigen kenmerkende sfeer bezat. Het is duidelijk, dat de ontmoeting met een vrouw, die ongewenst zwanger is of pas een abortus heeft ondergaan, een geheel ander karakter draagt dan die met een vrouw, die in blijde verwachting is of met een vrouw, die voor haar periodieke pilcontrole komt. Het is zeker denkbaar, dat de wijze waarop zij haar omstandigheden beleeft en verwoordt, beïnvloed wordt door de situatie, waarin zij verkeert.

Geheel te ondervangen zijn deze aan de interviewsituatie verbonden bezwaren niet, maar er zijn drie omstandigheden, die een belangrijk tegenwicht vormen tegen de hierboven geopperde kansen op vertekening van de gegevens.

De eerste omstandigheid is de gevolgde gesprekstechniek, die zoveel mogelijk non-directief was en de geoefendheid van de interviewers in het toepassen van deze techniek. Hierdoor werd de invloed van hun persoonlijkheid op

de uitlatingen van de gesprekspartner tot een minimum beperkt. Voor deze uitspraak vinden wij ook steun bij Brown en Rutter (1966), die onder getrainde interviewers een hoge mate van overeenstemming vonden van de verkregen gegevens bij het interviewen van echtparen.

De tweede omstandigheid is het feit, dat alle gesprekken op geluidsband zijn vastgelegd, zodat bij iedere verdere bewerking kon worden uitgegaan van inhoud en toon van het oorspronkelijk gesprokene, dus zonder enige interpretatie van de interviewer.

De derde omstandigheid wordt gevormd door de training van de judges, waarbij er grote nadruk op gelegd is, dat ze bij hun beoordeling niet alleen uit moesten gaan van hetgeen woordelijk is gezegd, maar dat ze ook de toon van een bepaalde uitspraak en de context, waarin deze geplaatst is, erbij dienden te betrekken. Zo kan men bijvoorbeeld uit de toon, de vlotheid, de bewoordingen en de uitgebreidheid, waarmee op een bepaalde vraag wordt geantwoord, een goede indruk krijgen over de mate van betrouwbaarheid van het antwoord.

Hoewel beïnvloeding van de resultaten door de interviewers en de interviewsituatie niet is uit te sluiten achten wij het waarschijnlijk, dat door het volgen van genoemde werkwijzen de betrouwbaarheid van de verkregen gegevens in belangrijke mate is gediend.

6.4 Invloed van de samenstelling van de vragenlijst

De samenstelling van de vragenlijst is een kritiek punt in de loop van het onderzoek. Deze is immers opgesteld aan de hand van de verzameling van oorzakelijke factoren, die door de onderzoeker uit de verschillende gesprekken bijeengegaaard is. De judges kunnen bij hun beoordeling van de gesprekken alleen kiezen uit de alternatieven, die de vragenlijst biedt; zij kunnen dus geen nieuwe elementen toevoegen. De consequentie hiervan is, dat wanneer bepaalde samenhangen of oorzakelijke mechanismen door de onderzoeker niet zouden zijn opgemerkt bij zijn analyse van de gesprekken, deze hiermee blijvend "onder tafel" zijn geraakt. Hoewel aan dit bezwaar enigszins tegemoet gekomen is door ook één van de andere interviewers, i.c. de medisch student, te verzoeken de gesprekken te beluisteren en de analyse in gemeenschappelijk overleg op te stellen, is desondanks de mogelijkheid niet uit te sluiten, dat andere onderzoekers, in het bijzonder als zij uit een andere dan de huisartsendiscipline voortkomen, bij het beluisteren van de

gesprekken nog andere oorzakelijke mechanismen zouden opmerken of de accenten anders zouden leggen.

Mede om deze reden, maar vooral omdat de in dit onderzoek gevonden oorzakelijke factoren voortkomen uit een beperkte steekproef uit de abortuspopulatie, kan dit onderzoek niet de pretentie hebben alle voorkomende mechanismen, die tot ongewenste zwangerschap kunnen leiden, te onthullen.

Tenslotte moet rekening worden gehouden met de op theoretische gronden mogelijke omstandigheid, dat er factoren bestaan die zowel een ongewenste zwangerschap veroorzaken als verhinderen, dat men om abortus provocatus verzoekt. Deze factoren zouden eventueel naar voren kunnen komen in het controlegroepje van onbedoeld zwangeren die hun zwangerschap uitdragen.

6.5 De judges

Tenslotte moeten we ons afvragen, in hoeverre de judges bij de beoordeling van de op de band opgenomen gesprekken tot verkeerde uitkomsten aanleiding hebben kunnen geven, bijv., doordat zij de bedoeling van de in het vragenformulier gestelde vragen niet goed begrepen of in het algemeen niet geschikt waren voor deze taak.

Wij hebben in het voorgaande hoofdstuk beschreven hoe wij door het houden van proefluisterseries het functioneren van de judges hebben getest. Hierbij is gebleken, dat deze studenten van de studierichtingen sociologie en maatschappelijk werk na twee proefseries als voldoende betrouwbare judges konden optreden.

7. Resultaten van de eerste onderzoeksfase

De eerste onderzoeksfase was bedoeld om te leiden tot het identificeren van mogelijke oorzakelijke factoren voor ongewenste zwangerschap door het analyseren van de geregistreerde gesprekken van de onderzoeksgroep.

Achtereenvolgens zullen worden beschreven:

- de wijze van analyseren aan de hand van drie in verkorte vorm weergegeven gesprekken uit de onderzoeksgroep
- het inventariseren en rubriceren van de gevonden oorzakelijke factoren.

7.1 Analyse van de gesprekken uit de onderzoeksgroep

Zoals vermeld werd in hoofdstuk 4 was de eerste stap voor de evaluatie van de gesprekken het maken van een korte samenvatting van ieder gesprek en, voorzover het een ongewenste zwangerschap betrof, het maken van een analyse van de ontstaanswijze van deze zwangerschap, waarbij in aanmerking werd genomen of een bepaalde oorzakelijke factor als directe aanleiding voor de zwangerschap had gefungeerd dan wel als indirecte oorzaak op de achtergrond had meegespeeld. Ter illustratie volgt hier een drietal van dergelijke korte samenvattingen met bijbehorende analyse van gesprekken uit de onderzoeksgroep. Terwille van de anonimiteit zijn bij de weergave hieronder bepaalde persoonsgegevens die identificatie mogelijk zouden kunnen maken, weggelaten dan wel gewijzigd.

007: studente, ongehuwd.

Er was vaste verkering. Als anticonceptie werd een condoom gebruikt; in de vruchtbare periode was er in het geheel geen coïtus. Vroeger was al eens een condoom gescheurd, waarna meteen de "morning after pill" werd gebruikt. De zwangerschap was ontstaan, nadat één keer geen condoom was gebruikt. Hoewel het net in de vruchtbare periode was, werd geen "morning after pill" gebruikt. De fatale coïtus had plaats na een kleine onenigheid; er was een gezellige avond geweest, waarbij alcohol was gebruikt. De partner had haar al eens aangeraden om de pil te gaan gebruiken, maar dit had zij niet gedaan, want dan zou het hek van de dam zijn, terwijl het condoom een zekere weerstand bleef vormen. Wel had ze na het betreffende voorval een recept voor de pil bij de huisarts gehaald, maar dat was dus net te laat. Andere vormen van anticonceptie (bijv. spiraal) waren wel bekend, maar deden niet sympathiek aan. Haar kennis van anticonceptie had ze verkregen door lezen, luisteren naar kennissen en in het kader van haar studie in de geneeskunde. Van haar ouders was weinig voorlichting gekomen. Haar vader was enige jaren geleden gestorven; met haar moeder was het onmogelijk om over sex te praten. Wel spoorde zij haar dochter aan om erover te lezen in tijdschriften e.d. Verder had haar moeder gezegd "je moet je beheersen, dat moesten wij vroeger ook". Zij was het hier niet geheel mee eens en vond dat je de anticonceptie mag gebruiken om aan je gevoelens gehoor te kunnen geven.

Zij was de jongste uit een vrij groot gezin, de anderen zijn al uit huis; zelf is zij kortgeleden nu ook zelfstandig gaan wonen. De gezinssfeer thuis was fijn. Zij vond sex belangrijk, het mag ook voor de vrouw fijn zijn; ook in hun relatie was de sexualiteit goed. Vroeger had zij een andere vriend, waarmee echter geen coïtus plaats vond.

De coïtus gebeurde bij de partner thuis, wat mogelijk was omdat zijn moeder daarover geheel andere ideeën had dan haar eigen moeder. Deze had aanvankelijk bezwaar tegen deze vriendschap, zij was meer ingenomen met de vorige vriend. Nu gaat dit wel beter.

De relatie met haar partner, die ook studeerde, was wel goed, maar werd van tijd tot tijd verstoord door de houding van haar moeder.

De zwangerschap werd als zeer ongewenst ervaren; het moederschap lag nog geheel buiten haar gezichtsveld.

Analyse

Direct oorzakelijke factoren:

- een kleine ruzie met daaropvolgende verzoening, leidend tot een incidentele verstoring van het gebruikelijke anticonceptiepatroon
- alcoholgebruik heeft via een vermindering van het kritisch denken aan deze verstoring meegewerkt
- afwijzing van het gebruik van de pil, omdat dit de als noodzakelijk gevoelde rem op het geslachtsverkeer zou wegnemen, maakte, dat zij

het advies van haar partner om de pil te gaan gebruiken niet kon opvolgen; anders was naar alle waarschijnlijkheid deze zwangerschap niet ontstaan

- beiden hebben zich onvoldoende het risico, dat zij liepen, gerealiseerd, zodat de "morning after pill", die bekend en verkrijgbaar was, niet gebruikt is.

Indirect oorzakelijke factoren:

- een belastende omstandigheid, die tot een vermindering van de geestelijke stabiliteit kon leiden, werd gevormd door het proces van losmaking uit het ouderlijk huis, zich manifesterend in het zelfstandig gaan wonen en de vorming van een eigen normenstelsel
- de opvoeding op het gebied van sexualiteit droeg een sterk restrictief karakter
- de partner vond het condoomgebruik niet prettig, hetgeen een beletsel vormde voor consequent gebruik.

022: huisvrouw, 37 jaar, gehuwd, 3 kinderen.

Als anticonceptie werd als regel coïtus interruptus toegepast. Vroeger waren wel condooms gebruikt, maar haar man vond dit niet prettig. Bij de coïtus interruptus voelde zij zich wel veilig, was nooit bang voor zwangerschap. In een t.v.-uitzending "Open en bloot" had zij wel gehoord, dat dit niet veilig was maar ze trok daaruit geen consequentie. Van kennissen had ze ook nooit iets hierover gehoord; ze was erg op zichzelf, ook met haar man sprak ze er nooit over. Ze dacht dat dit kwam door een soort schaamte, die ze wellicht meegekregen had van thuis, waar ze nooit iets over dit onderwerp hoorde, ook niet, waar de kinderen vandaan komen. Wel was ze op de hoogte van het begin van de menstruaties.

Zij kwam uit een R.K.-gezin met 7 kinderen, waarvan zij de oudste was. De kinderen durfden niets te vragen. Moeder was enige jaren geleden gestorven; dit kon haar niet veel schelen want ze kon niet erg goed met haar overweg. Ze had het thuis ook helemaal niet naar haar zin; de eerste zwangerschap was dan ook opzet om uit huis weg te komen. Toen zij trouwde, gingen de ouders scheiden; vader was thuis gebleven voor de kinderen.

De huidige zwangerschap moest ontstaan zijn na een feestje: "ik was zover weg, dat ik van niets wist; hij heeft zich toen laten gaan". Ze was er achteraf erg boos om, temeer, omdat hij voor de grap zei, dat het best van een ander kon zijn.

Over de verhouding met haar man zei ze: " 't gaat wel, 't moet wel, hè; 't zal wel aan mij liggen, ik kan niet lief zijn". Het sexleven zei haar ook niets, vroeger ook niet. Zij schaamde zich voor de sex, voor naakt zijn. Ze had wel orgasme, maar verlangen naar de coïtus had ze nooit. Haar man verweet haar dit. Ze zei: "hij wordt daardoor stiekem, gaat zitten rommelen, als ik

slaap. Ik geef hem dan een optater, dan gaat hij slapen". Soms was er maar éénmaal per halfjaar een coïtus. Ze dacht, dat het misschien beter zou gaan, als hij wat meer zou aanhouden. Ook overigens was er weinig contact tussen hen; zij wilde wel praten maar hij niet; hij wilde t.v. kijken. Ze werkte als schoonmaakster enige avonden per week; als ze dan thuis kwam, zat hij achter de t.v. en weigerde iets anders te doen. Zij moest ook de geldzaken regelen.

Naar aanleiding van de sterilisatie van een mannelijke kennis had zij deze operatie ook aan haar man aangeraden, maar hij weigerde. Zij wilde wel, dat hij het liet doen, want waarom moesten vrouwen altijd alles doen! Het huwelijk had al eens op springen gestaan. Op haar eigen lichaam was zij niet trots; ze zei dat ze maar weinig borsten had; haar man kon dat niet schelen. Verder zei ze over zichzelf: "het enige, wat ik kan, is werken en legpuzzelen".

De oudste dochter was nu getrouwd. Die gebruikte de pil: "daar heb ik zelf voor gezorgd, ik heb haar al voorgelicht, toen ze 14 jaar was; tegenover mijn kinderen ben ik wel vrij, ook met wassen en zo". Met haar vader had ze pas ruzie gekregen, zodat hij niet meer wilde, dat ze kwam. Haar broer zat in een psychiatrische kliniek, van hem was ze bang. Bij haar zuster kwam ze niet graag, die had teveel kinderen. "Waarom is dat nodig, kinderen grootbrengen is toch al zo moeilijk". Bovendien had deze zuster al zoveel mannen gehad, daar hield zij niet van. Een andere zuster was overleden aan het hart; zelf was ze ook bang voor haar hart, want ook moeder was daaraan gestorven.

Met de huisarts bestond een goed contact. Kinderwens was beslist afwezig.

Analyse

Direct oorzakelijke factoren:

- alcoholgebruik veroorzaakte een dusdanige daling van het bewustzijn, dat een coïtus, die onder normale omstandigheden vrijwel steeds door haar geweigerd werd, kon plaatsvinden. Tevens stond dit de anders toegepaste voorzorg van de kant van de partner (coïtus interruptus) in de weg
- een afwijzende houding t.a.v. sexualiteit in het algemeen en het feit, dat zij aan de sexualiteit geen plezier beleefde, hadden tot gevolg dat er vrijwel nooit een coïtus plaats vond, zodat er ook geen anticonceptiemotivatie en -routine bestond. Tevens verhinderden de hieruit voortkomende rancuneuze gevoelens bij de man het inachtnemen van de nodige voorzichtigheid en het instemmen met sterilisatie, waarom zij gevraagd had. Zij had hem immers toch al weinig ruimte gelaten voor het beleven van zijn mannelijkheid
- ook op ander terrein waren er duidelijke spanningen tussen de part-

ners, die een belemmering vormden voor een zorgvuldigheid in de omgang met elkaar, die voorwaarde is voor een goede anticonceptie.

Indirect oorzakelijke factoren:

- de man had een hekel aan het gebruik van een condoom, zodat bij afwezigheid van enige motivatie van haar kant alleen de onbetrouwbare coïtus interruptus als gebruikelijke anticonceptie overbleef
- een ouderlijk milieu, dat warmte en geborgenheid miste en haar voor haar seksuele ontwikkeling in het geheel niets te bieden had, vormt de belangrijkste verklaring voor het trieste persoonlijkheidsbeeld, dat uit het gesprek naar voren komt en is mede de oorzaak van de volgende punten
- een gering besef van eigenwaarde; immers, zij heeft nooit geleerd zinnig op zichzelf te zijn, omdat de sfeer thuis de zorg voor elkaar niet kende
- het belangrijkste huwelijksmotief werd gevormd door de wens het ouderlijk huis te kunnen ontvluchten. Een negatief element dus bij de partnerkeus, dat zich later dan ook duidelijk wreekte.

023: leerling MAVO, 16 jaar, ongehuwd, wonend in een dorp.

Het gesprek had plaats bij de controle na de abortus. Zij was blij, dat de zwangerschap beëindigd was, hoewel ze het soms nog even jammer vond; ze heeft vaak gehuild, want eigenlijk wou ze graag een kind hebben van deze man. De jongeman, 6 jaar ouder, was niet van plan met haar te trouwen. Het was geen vaste verkering, meer een goede vriendschap. Hij was zelf getrouwd geweest, durfde het nu niet weer aan. Zelf zou ze graag met hem trouwen, hoewel dit ook moeilijkheden zou kunnen opleveren, want hij zat ook nog in een muziekgroepje, dus ze zou dan vaak alleen zijn en daar kon ze slecht tegen. Bovendien had hij soms een ander meisje; dan zat zij op de stoep te huilen. Ze beschreef hem als een fijne jongen, maar kon niet precies zeggen wat haar zo aan hem bond. Ze durfde ook niet tegen hem te zeggen, dat ze van hem hield, uit angst dat hij dit tegen zijn vrienden zou zeggen en deze haar dan zouden uitlachen. Hij had meestal jonge meisjes, kon soms zelf nog kinderlijk doen. Hij was knap om te zien, kon ieder meisje krijgen. Zij zelf liep hem bewust niet achterna, omdat ze wist, dat ze hem dan juist zou verliezen. Ze was soms een hele nacht bij hem, was eerst bang voor de gemeenschap, later niet meer; hij was lief voor haar. Anticonceptie werd niet toegepast; met haar moeder kon ze daar niet over praten en de huisarts gaf niet zomaar de pil. Verder had ze nogal negatieve informatie over de pil gekregen in de kennissenkring. Ze was bang dat ze er dik van zou worden en bovendien vond ze het een bezwaar, dat dan iedere rem weg zou zijn. Ze schaamde zich namelijk achteraf telkens als ze met hem geslapen had, maar als ze met hem alleen was, kon ze niet weigeren. Als ze

bijv. een half jaar verkering had gehad, zou ze de pil wel willen gebruiken. Hoewel ze een redelijke kennis had van anticonceptiemiddelen, had ze er bij de coïtus nooit over nagedacht, dat ze zwanger zou kunnen worden, zo belangrijk was het voor haar om hem bij zich te hebben. Achteraf was ze wel vaak bang; ze was telkens blij als ze ongesteld werd, maar toen het een poos goed gegaan was, werd ze wat geruster.

De seksuele beleving was wel fijn, maar vooral als bevrediging van de behoefte om aan hem toe te geven.

Thuis had men moeite met het omgaan met seksualiteit; als er iets op de t.v. was, schaamde men zich voor elkaar. Op haar elfde jaar zag ze bij toeval een boekje met voorlichting, maar ze begreep het niet goed. Ook over het begin van de menstruatie was ze niet ingelicht. Ze meende, dat het dan ook misschien wel uit nieuwsgierigheid voortkomt, dat je aan een jongen toegeeft, n.l. om te weten te komen wat dat nu eigenlijk is. Op school en van vriendinnen had ze later ook nog wel informatie gekregen. Ze wist zeker, dat vader en moeder geen gemeenschap meer hadden; vader bleef 's nachts beneden zitten. Hij was middenstander: 't is een slavenleven. Ze kon eigenlijk nooit met hem praten, 's avonds sliep hij. Hij wilde ook niet over de abortus praten, hoewel ze merkte, dat hij het wel wist. Vroeger was het wel leuk, toen bracht vader hen naar bed met een grapje, daarna had hij nooit tijd meer. Met de komst van de t.v. hield het huiselijk leven helemaal op, vooral toen 4 van de 5 andere kinderen uit huis getrouwd waren; ze kon het toen 's avonds thuis niet meer uithouden.

Analyse

Direct oorzakelijke factoren:

- het gebruik van betrouwbare anticonceptie, i.c. de pil, werd verhinderd door een reeks van factoren:
 1. ze kon er moeilijk aankomen (zag moeder en huisarts als hinderpalen)
 2. ze was bang voor bijwerkingen, o.a. dik worden
 3. haar was geleerd, dat er een rem moest zijn op het geslachtsverkeer, wat bij pilgebruik niet het geval zou zijn
 4. als ze de pil gebruikte, zou dit tegenover hem betekenen, dat ze zich als zijn (vaste) meisje beschouwde, hetgeen hem juist zou afstoten
 5. er was een duidelijke ambivalentie t.a.v. de wens om een kind te krijgen: emotioneel wilde zij het wel, rationeel zag ze wel in, dat dit in haar omstandigheden niet te verwezenlijken was.
- ze stemde toe in een onbeschermde coïtus wegens:
 1. sterke afhankelijkheid van de partner: ze was bang, dat hij bij weigering naar een ander zou gaan

2. een gering besef van eigenwaarde, dat haar haar eigen belang en de risico's die ze liep, uit het oog deed verliezen.

Indirect oorzakelijke factoren:

- een in sexueel opzicht gebrekkige opvoeding
- weerstanden tegen alternatieven voor de pil, n.l. het condoom dat ze storend vond en een intra-uterien middel, dat ze griezellig vond en dat haar bovendien weer een permanente sexuele beschikbaarheid zou verlenen, die ze zichzelf niet toestond.

7.2 Inventarisering en rubricering van factoren

Nadat op deze wijze alle gesprekken van de abortusgroep waren geanalyseerd, werd een lijst opgesteld van alle in dit materiaal aangetroffen oorzakelijke factoren, waarbij iedere factor zoveel mogelijk tot zijn essentie werd herleid. Vervolgens werden de bij elkaar passende factoren gegroepeerd, zodat een zestal rubrieken ontstond.

Hieronder volgt thans een rubrieksgewijze opsomming van gevonden factoren met waar nodig een toelichting om aan te geven, wat men zich inhoudelijk bij een bepaalde factor dient voor te stellen. In het volgende hoofdstuk wordt aangegeven, bij welk percentage der vrouwen van de abortusgroep en de controlegroepen de betreffende factor is aangetroffen bij beoordeling door de judges.

Rubriek 1: Factoren betreffende de anticonceptie

Tegenzin tegen het gebruik van anticonceptie in het algemeen

Het blijkt, dat sommige vrouwen moeite hebben met het aanvaarden van de anticonceptiegedachte als zodanig. In het algemeen werd dit onder woorden gebracht als: "ik vind het tegennatuurlijk".

Weerstand tegen de pil wegens ondervonden bijwerkingen

De klachten, die geuit werden, waren: gewichtsstijging, hoofdpijn, pijn in de borsten, vochtretentie, prikkelbaarheid, libidoverlies, misselijkheid, zweeten, pijn aan spataderen en hoge bloeddruk.

Weerstand tegen het gebruik van de pil wegens gevreesde bijwerkingen

De vrees kwam vaak voort uit verhalen in de kennissenkring. De bijwerkingen

gen, waarvoor men bang was, waren in de eerste plaats kanker, verder gewichtsstijging, onvruchtbaarheid, aandoening van het hart en spataderen. Soms was er een niet nader gedefinieerde ongerustheid.

Weerstand tegen de pil wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid

Dit is een typisch psychologisch aspect van het pilgebruik evenals trouwens van een intra-uterien middel en zelfs van een pessarium occlusivum. Door de planmatigheid ervan (doktersbezoek, beginnen op een bepaalde dag in aansluiting aan de menstruatie) en de permanente bescherming, die het systeem biedt, geeft een vrouw tegenover zichzelf en de partner te kennen, dat zij rekening houdt met geslachtsverkeer. Dit kan in strijd zijn met het psychologische rollenspel, zoals dit vooral in de ontwikkelingsfase van een relatie, maar, naar ons bleek, toch ook soms in een gevestigde huwelijksrelatie wordt gespeeld. Volgens de traditionele spelregels hoort immers de vrouw tot geslachtsverkeer verleid te worden en het gaan gebruiken van de pil kan haar het gevoel geven, dat zij zich al bij voorbaat gewonnen geeft, hetgeen de spanning van het spel teniet doet en haar aantrekkingskracht voor de partner vermindert.

Een dergelijk mechanisme kwamen we ook tegen bij restrictieve seksuele opvattingen t.a.v. voorechtelijk geslachtsverkeer en dat is ook begrijpelijk. Immers, bij condoomgebruik kan men tegenover het knagende geweten nog volhouden, dat er bij iedere coïtus sprake is van een moment van vergeeflijke zwakte; bij geregeld pilgebruik echter bekend men, dat men de norm definitief verlegd heeft.

Andere weerstanden tegen pilgebruik (dan bovengenoemde)

Het merendeel van deze groep werd gevormd door vrouwen, die verklaarden dat ze pilgebruik onnatuurlijk vonden. Daarnaast werd als reden opgegeven:

- voelt er zich niet veilig bij, daar de huisarts niet controleert
- vindt, dat het voor een ongehuwde vrouw niet hoort
- moeder heeft het verboden
- haar partner duldt niet, dat ze voor pilcontrole door een arts (andere man!) onderzocht wordt.

Weerstand tegen het gebruik van het condoom (bij één of beide partners)

De meest geuite bezwaren tegen het condoom waren:

- het is storend in het gebruik
- men acht het onvoldoende betrouwbaar (de terwille van verhoogde betrouwbaarheid aangeraden combinatie met een zaaddodend schuimtablet of pasta blijkt vrijwel nooit te worden toegepast, hetgeen begrijpelijk is, daar dit het storend karakter nog vergroot)

Weerstand tegen het gebruik van een intra-uterien middel (spiraaltje, anker-tje)

De bezwaren, die geopperd werden, kunnen worden ondergebracht in twee groepen.

De meest voorkomende bezwaren waren:

- het middel doet onsympathiek, onnatuurlijk aan
- angst voor lichamelijke bijwerkingen, zoals menstruatiestoornis, ontsteking of kanker
- het lijkt onvoldoende betrouwbaar.

Sporadisch geuite bezwaren waren:

- de ermee samenhangende permanente sexuele beschikbaarheid
- de mening dat men er door bepaalde lichamelijke eigenaardigheden niet geschikt voor is (te jong, bestaande verzakking of bestaande buikklachten).

Gebrekkige kennis omtrent anticonceptie

Van gebrekkige kennis bij een deelneemster werd gesproken, als zij niet bekend was met de pil en het feit, dat deze maximaal betrouwbaar is, met het condoom en de waarde daarvan, als zij niet op de hoogte was van de gebrekkige veiligheid van coïtus interruptus, periodieke onthouding en chemische middelen en als zij niets wist van de "morning after pill".

Subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie

De meest voorkomende vorm van subjectieve onbereikbaarheid bleek te zijn, dat men als ongehuwde de arts niet om de pil durfde te vragen, daar men, al dan niet op goede gronden, een afwijzing verwachtte. Soms ook vormden de ouders het struikelblok; bij één meisje ging dit zó ver, dat de ouders in haar kamer de pillen die ze op recept van de arts had gekregen, opzochten en wegnamen.

Rubriek 2: Factoren betreffende de sexuele ontwikkeling

Een in sexueel opzicht restrictieve opvoeding

Deze factor werd aanwezig geacht als er bij één of beide ouders een duidelijke afweer van het geven van informatie op het gebied van de seksualiteit viel te constateren, hetzij door hen zelf, hetzij door andere informatiemedia of als door hen over seksualiteit vooral in negatieve zin werd gesproken. Het is begrijpelijk dat in zo'n sfeer het tot stand komen van een goede anticonceptiemotivatatie niet veel kans krijgt.

Uit de gesprekken bleek, dat veel ouders eenvoudig niet in staat waren om met hun kinderen over seksualiteit te spreken. Het onthouden van informatie ging soms zó ver, dat zelfs het begin van de menstruaties niet werd aangekondigd. Wel werd soms na het begin van de menstruaties vage bedreigende informatie gegeven, zoals: "denk erom, dat je nu oppast voor jongens".

Bij sommige vrouwen bleef de verlegenheid van hun ouders op dit punt nog voortduren, nadat zij zelf al getrouwd waren, zodat het zelfs moeilijk was om de eerste zwangerschap thuis te vertellen; bij andere ouders ging het met de tijd beter en kregen de jongere kinderen wel voorlichting.

In het merendeel van deze gevallen van sexueel restrictieve opvoeding zorgden de ouders er ook voor, dat zij niet naakt door hun kinderen konden worden gezien, bijv. bij het baden. Eén vrouw vertelde, dat, wanneer ze als kind de slaapkamer binnen kwam als haar moeder ziek was, deze direct stijf de lakens vasthield onder haar kin.

Voorbeelden van negatief geladen informatie over seksualiteit zijn verhalen over ouders, die de t.v. afzetten als er voorlichting gegeven werd en voorlichtingslectuur verboden, omdat dit niets anders is dan "rottigheid en viezigheid".

Een in sexueel opzicht restrictieve attitude

Deze factor werd aanwezig geacht als het duidelijk was, dat een echte aanvaarding en integratie van de seksualiteit in het leven van de betreffende vrouw niet had plaats gevonden met als gevolg, dat zij door haar houding tot uitdrukking bracht: "sex mag eigenlijk niet of hoogstens, als aan bepaalde verontschuldigende voorwaarden, bijv. de bedoeling tot voortplanting, is voldaan". De bewoordingen waarmee deze houding ten aanzien van seksualiteit werd weergegeven, waren bijv.:

- "och, het hoort er nu eenmaal bij"
- "eigenlijk schaam ik me er voor"
- "er moet een rem zijn op sex, je kunt niet zomaar raak leven"
- "is dat nou nodig, zo gek krijgen ze mij niet"
- "ik heb steeds het gevoel, dat het iets verbodens is, daarom gebruik ik ook geen pil, maar als ik een glaasje op heb, gaat het beter"
- "ik kan er nooit echt van genieten door de verboden en dreigementen van mijn ouders".

Het is verklaarbaar dat, indien men aan de sexualiteit geen volwaardige plaats toekent, men ook zal neigen tot onzorgvuldigheid in de toepassing van anticonceptie, die immers het genieten van sexualiteit zonder voortplantingsbedoeling mogelijk maakt.

Gestoorde beleving van de sexualiteit

Hiertoe werden gerekend sterk verminderde libido, anorgasmie, vaginisme en bepaalde irrealistische voorstellingen omtrent sexualiteit. Een voorbeeld van dit laatste is het relaas van een vrouw, waaruit bleek, dat zij de geslachtsge-meenschap beschouwde als iets dat er speciaal voor haar gerief was: als een man er niet in slaagde haar te bevredigen, deugde hij niet. De gedachte, dat zij ook iets zou kunnen bijdragen in het gebeuren, was blijkbaar niet bij haar opgekomen.

Een voor de hand liggende verklaring van het feit dat een gestoorde beleving van de sexualiteit kan leiden tot een ongewenste zwangerschap zal weer gevonden worden in de gebrekkige motivatie voor anticonceptie als middel tot een onbezorgd genieten van de coïtus, omdat er immers juist niet genoten wordt van de coïtus.

Rubriek 3: Situatieve factoren

Bij het analyseren van de gesprekken met de ongewenst zwangeren bleek het diverse malen voor te komen, dat de directe oorzaak van de ongewenste zwangerschap was gelegen in een incidentele verstoring van het voor deze partners gebruikelijke anticonceptiepatroon, een verstoring, die veelal het gevolg was van een acute stoornis in de motivatie. De oorzaak van deze motivatiestoornis was dan gelegen in bepaalde omstandigheden van allerlei aard en de partners in kwestie waren zich soms van deze omstandigheden niet eens bewust, zodat de ware toedracht pas duidelijk werd bij zorgvuldig navragen en reconstructie van de situatie ten tijde van de fatale coïtus.

In die gevallen zagen we vaak op het gezicht van de gesprekspartner het proces van de verraste bewustwording zich voltrekken, dat het toch niet allemaal zo "toevallig" was gebeurd als men aanvankelijk had gedacht. Het is duidelijk, dat juist bij het speuren naar deze factoren bij uitstek de voordelen van het weinig gestructureerde interview als methode van onderzoek naar voren komen. In tegenstelling tot een vaste vragenlijst of een enquête-formulier bestaat hier de mogelijkheid om een bepaalde aanduiding nader te onderzoeken, chronologische verbanden te controleren en de gesprekspartner te prikkelen tot een zo nauwkeurig mogelijke reconstructie van de gang van zaken ten tijde van de onbedoelde conceptie. De in ons onderzoek gevonden situatieve factoren hebben we als volgt gegroepeerd.

Algemeen belastende omstandigheden

Hieronder vallen bijv. een verhuizing, een examen, financiële zorgen, ziekte, enz. Evenals het bekend is in de sexuologie, dat zorgen e.d. de libido, de potentie en het orgasme nadelig kunnen beïnvloeden, zo kan men zich gemakkelijk voorstellen, dat iemands gedachtenwereld dusdanig in beslag genomen is door genoemde omstandigheden, dat er geen aandacht is voor een zorgvuldige anticonceptie.

Een acute relatiestoornis

Hiermee wordt bedoeld een kortdurende verstoring van een overigens normale verstandhouding tussen de partners. Een typisch voorbeeld hiervan troffen we in het gesprek met een 25-jarige gehuwde vrouw met 3 kinderen. Ze was weer zwanger, zeer tegen haar zin. Ze gebruikte de pil, maar had deze twee dagen achtereen "vergeten". Gevraagd naar bijzondere omstandigheden in die dagen zei ze ineens geëmotioneerd: "Ja, 't is waar, er was spanning, we waren uit geweest, ik was over m'n toeren, ik weet het nog precies, ik was vreselijk boos". Het is duidelijk, dat zij die avond haar dagelijkse pil niet "kon" innemen wegens de daarmee verbonden gedachtenassociatie van geslachtsverkeer met de man, op wie ze woedend was.

Een andere wijze, waarop door deze factor een ongewenste zwangerschap kan worden veroorzaakt, werd geïllustreerd door het relaas van een 19-jarige jonge vrouw met vaste verkering. Het paar had als anticonceptiesysteem het condoom, versterkt met periodieke onthouding, d.w.z. alleen in de berekende onvruchtbare tijd werd gevrijd en dan nog met gebruik van condoom. Ze was nu ongewenst zwanger geworden en in het gesprek bleek, dat

dit kwam doordat éénmaal een onbeschermd coïtus had plaats gevonden en dat nog wel midden in de cyclus. De "morning after pill" was niet toegepast, hoewel ze hiermee wel bekend was, want bij een vorige gelegenheid had ze die al eens gebruikt. Gevraagd naar de mogelijke aanleiding tot deze ontsporing bij dit overigens voorzichtige stel, vertelde ze, dat ze die avond wat onenigheid hadden gehad, die bijgelegd was, een verzoening dus. In dit geval had de coïtus dus duidelijk een bezwerend karakter, dat verstoord zou worden door berekenend handelen in de vorm van kijken op de kalender, gebruiken van een condoom of, later, van de "morning after pill".

Onverwachtheid van de coïtus

Het is begrijpelijk, dat, wanneer de ontmoeting tussen twee partners onverwacht uitmondt in een coïtus, de anticonceptie wel eens achterwege blijft doordat men enerzijds geestelijk onvoorbereid is en anderzijds de materiële voorwaarden in de vorm van beschikbare voorbehoedmiddelen ontbreken. Uiteraard geldt dit in het bijzonder voor de allereerste coïtus van één of beide partners of de eerste coïtus in een zich ontwikkelende relatie. Men verwacht deze factor dan ook in de eerste plaats bij ongehuwden, maar wij zagen hem ook bij gehuwden enkele malen een rol spelen.

Enige voorbeelden:

Een 26-jarige ongehuwde vrouw was zwanger geworden, omdat bij de coïtus geen enkele voorzorg was genomen. Zij noemde het zelf een stommititeit, want zij was bekend met anticonceptiemiddelen en had ook in vorige relaties nauwgezet condoomgebruik geëist. Ditmaal was er sprake van een incidenteel contact, het ging onverwacht van beide kanten en er was dan ook geen condoom beschikbaar.

Een 30-jarige gehuwde lerares met 2 kinderen vond geen enkel anticonceptiemiddel bevredigend en was zo panisch angstig voor een volgende zwangerschap, dat zij haar man de coïtus weigerde. Op een moment van ontspanning, na het beëindigen van een zware cursus, stemde ze ineens wel toe in een coïtus met gebruik van alleen een, waarschijnlijk verouderd, schuimpreparaat met als resultaat een ongewenste zwangerschap.

Een 28-jarige gehuwde vrouw met 3 kinderen kon geen bevredigend anticonceptiemiddel vinden; daarom had haar man zich laten steriliseren. Op een avond was zij met haar man en diens vriend in een andere stad uitgeweest en er was nogal gedronken, zoveel zelfs, dat zij niet merkte, toen zij gedrieën in een slaapkamer overnachtten, dat de vriend, die al een poos ver-

liefde op haar was, haar die nacht "pakte", hetgeen hij haar de volgende dag bekende. Zwangerschap was het gevolg.

Een rouwproces

We hebben opgemerkt, dat wanneer men van een voor de persoon in kwestie belangrijke persoon gescheiden wordt door overlijden of door andere oorzaken, dit een dusdanige verstoring van het geestelijk evenwicht kan veroorzaken, dat hierdoor een doeltreffende anticonceptie wordt belemmerd. Ook het vertrek uit een vertrouwde omgeving kan hetzelfde effect hebben. Het is bekend, dat dit proces geruime tijd, wel tot anderhalf jaar, in beslag kan nemen.

Enige voorbeelden:

Een echtpaar met 2 kinderen had als anticonceptiesysteem de periodieke onthouding met een grote veiligheidsmarge, terwijl in de vruchtbare periode een condoom werd gebruikt. Ze gingen op korte termijn emigreren naar Australië en waren bezig van alles en iedereen afscheid te nemen. In die situatie werd de veilige periode van het periodiek onthoudingsschema overschreden, zoals ze zich later realiseerden, en ontstond een zwangerschap.

Een 18-jarig ongehuwd meisje was zwanger geworden door een onbeschermd coïtus met een jongeman, waarmee ze een maand verking had; het was de eerste keer met hem. Een half jaar geleden was de relatie met een andere partner, die twee jaar geduurd had, verbroken; zij had het daar nog steeds moeilijk mee en dacht zelf, dat ze deze nieuwe vluchtige relatie was aangegaan om de vorige te kunnen vergeten.

Evenals bij de "verzoeningscoïtus" zien we hier de coïtus een eigen betekenis krijgen, ditmaal als troost (of vergelding!), wat moeilijk verenigbaar is met weloverwogen anticonceptie.

Alcoholgebruik

Het is ons gebleken dat in een groot aantal van de gevallen, waarin sprake is van een incidentele verstoring van het gebruikelijke anticonceptiepatroon, alcoholgebruik, alleen of samen met andere factoren, als oorzaak kan worden aangewezen. Verwonderlijk is dit niet daar immers een vermindering van het kritisch denken als de belangrijkste farmacologische werking van alcohol op de psyche wordt genoemd. Deze vermindering kan gemakkelijk leiden tot het verwaarlozen van preventieve maatregelen.

Een sprekend voorbeeld vormt het reeds beschreven interview (zie bij "onverwachtheid van de coïtus", laatste voorbeeld), waar zonder het vooraf-

gegaan stevig alcoholgebruik de vriend van de echtgenoot zeker geen kans gekregen zou hebben om zijn gevoelens op de vermelde wijze te uiten.

Een plotseling opkomende behoefte om de vruchtbaarheid van man of vrouw te beproeven

Dit kan het best worden toegelicht met het volgende voorbeeld:

Een 17-jarig ongehuwd meisje en haar vriend hadden als anticonceptiemethode het condoom. De jongeman had indertijd een operatie aan een testikel ondergaan en had het daar nog vaak moeilijk mee, omdat hij twijfelde of hij nog vruchtbaar zou zijn; hij was dan depressief. Zij hielp hem daar zo goed mogelijk overheen. Op de avond van zijn verjaardag zei ze, toen er een coïtus zou plaatsvinden, dat hij geen condoom hoefde te gebruiken, het zou die keer geen kwaad kunnen. Hij liet dit toen ook inderdaad achterwege, hoewel hij zelf bedenkingen had. De zwangerschap, die ontstond, hielp hem wel definitief van zijn onvruchtbaarheidsangst af, maar kon toch niet geaccepteerd worden wegens de verdere sociale omstandigheden.

Een incidentele toestand van geestelijk "anders zijn"

Enige malen zagen wij als oorzakelijke factor voor ongewenste zwangerschap een situatie, die door Rümke (1948) is beschreven als een psychopathologische uitzonderingstoestand.

Een typerend voorbeeld is de volgende geschiedenis:

Een 22-jarige ongehuwde secretaresse had een vaste relatie met een man in Algerije. Zij ging met vakantie naar hem toe, maar dacht er niet aan om haar maatregelen op het gebied van anticonceptie te nemen. Er had diverse malen een coïtus plaats zonder enige voorzorg met als gevolg een zwangerschap, die zij als zeer ongewenst ervoer. Gevraagd naar de oorzaak van dit zorgeloze gedrag, terwijl zij toch zeer goed op de hoogte bleek te zijn van anticonceptiemethoden en de "morning after pill" en deze ook in het verleden wel had toegepast, zei zij: "als ik met vakantie ben, verkeer ik in een wazige toestand, ik vergeet de dagen en data, zelfs mijn eigen verjaardag was ik vergeten".

Rubriek 4: Persoonskenmerken

Uit verschillende gesprekken bleek, dat ook bepaalde persoonlijke eigenschappen als oorzakelijke factor voor ongewenste zwangerschap kunnen optreden. Onze ervaring omvat een tweetal eigenschappen:

Een gering besef van eigenwaarde

Vrouwen met deze eigenschap zijn niet zuinig genoeg op zichzelf; zij laten hun partner zonder protest begaan, ook al blijkt deze in het geheel geen rekening te houden met haar belangen door niets te doen om een ongewenste zwangerschap te voorkomen.

Een voorbeeld is het volgende geval:

Een 32-jarige ongehuwde kapster had een relatie met een veel oudere man. Als anticonceptie werd periodieke onthouding toegepast en coïtus interruptus in de vruchtbare periode. Zij voelde zich bij deze methode niet veilig; voordien had ze dan ook de pil gebruikt, maar was hiermee opgehouden op zijn aandringen. Ook een condoom wees hij af, omdat dit "de sapuitwisseling tussen man en vrouw zou belemmeren". Tenslotte was zij zwanger geworden tegen haar wil, omdat hij bewust in een vruchtbare periode geen coïtus interruptus had toegepast om haar vruchtbaarheid te testen en te zien of ze dan sexueel gevoeliger zou zijn. Dit zou volgens de natuur zo moeten, had hij gezegd en hij kon het weten, want hij was een intellectueel. Over zichzelf zei ze, dat ze een slecht karakter had, geen ruggegraat. De spanningen, die zich vaak in hun relatie voordeden, kwamen door haar schuld

Fatalisme, passiviteit

Onder deze typering vallen vrouwen, die opvallend weinig neiging hebben om sturend en regelend in haar leven op te treden onder het motto "dat helpt toch niets; alles gaat zoals het gaan moet" of "ik zal wel zien". Het is duidelijk, dat een dergelijke instelling, die overeenkomt met wat in de psychologische literatuur externe beheersing wordt genoemd, geen goede voorwaarde is voor een doeltreffend anticonceptiegedrag.

Een voorbeeld is de volgende geschiedenis:

Een 35-jarige gehuwde vrouw met 3 kinderen was tegen haar wens opnieuw zwanger geworden. Het anticonceptiesysteem was periodieke onthouding of condoom. Het opletten op de vruchtbare en onvruchtbare dagen liet zij aan haar man over. Zij dacht, dat hij de daarvoor nodige kennis wel uit boeken gehaald zou hebben. Zij maakte zich niet zo druk over de veiligheid van deze methode, dacht: "mijn man houdt het wel in de gaten". Ze was ook zwanger toen ze trouwde, niet met opzet. Zelf zei ze hierover: "dat geeft een idee van ons slordige beleid".

Rubriek 5: Factoren betreffende de relatie tussen de partners

Tot deze rubriek behoort een drietal van de gevonden oorzakelijke factoren.

Spanningen in de relatie

In tegenstelling tot de bij de situatieve factoren beschreven "acute relatie-stoomnis", die als een incidentele gebeurtenis moet worden gezien, betrof het hier een meer fundamentele stoomnis in de verhouding tussen de partners.

Als voorbeeld diene het volgende relaas:

Een 30-jarige gehuwde vrouw had reeds 5 kinderen en was nu, zeer tegen haar zin, weer zwanger. De anticonceptie was al lang een onderwerp van strijd tussen de echtgenoten. Destijds had zij de pil gebruikt, maar kreeg daar hoge bloeddruk van. Daarna werden condooms gebruikt. Haar man had daar weliswaar een hekel aan, maar zij zei: "óf je gebruikt condooms, óf er gebeurt helemaal niets". Zij beschreef haar man verder als een slappe verwende figuur, die in allerlei situaties door obstructie tot toegeven dwong en de verantwoordelijkheden in het gezin ontliet.

Bij deze echtelijke verhoudingen, waarin het wederzijds respect ontbreekt, is het niet moeilijk zich voor te stellen, dat de man niet altijd de nodige zorgvuldigheid bij het condoomgebruik in acht heeft genomen.

Afhankelijkheid van de partner

Verschillende malen kwamen wij de situatie tegen, dat een vrouw niet protesteerde tegen riskant anticonceptiegedrag van de kant van de partner, omdat zij niet het risico wilde lopen, dat hij haar lastig zou vinden en de relatie zou verbreken, terwijl zij deze relatie juist hard nodig had om bepaalde redenen, bijv. om zichzelf te bewijzen, dat ze een man kon boeien, om (net als haar vriendinnen!) iemand te hebben om mee uit te gaan of omdat de partner als vaderssubstituut fungeerde.

Een sprekend voorbeeld van een dergelijke situatie werd gevonden in interview nr. 023, dat in het begin van dit hoofdstuk werd beschreven.

Een ander voorbeeld is het relaas van een 35-jarige ongehuwde vrouw, die sinds enige maanden een relatie had met een 17 jaar oudere man. Ze vertelde, dat ze ook in voorafgegane relaties steeds gezocht had naar oudere mannen. Met haar moeder had ze nooit goed kunnen opschieten, die was een "Ram" en zelf was ze een "Kreeft", dat kon volgens haar nooit harmoniëren. Met haar vader ging het beter. Zij was van plan de pil te gaan gebrui-

ken, zoals ze ook vroeger wel gedaan had, maar nog voordat ze daarmee had kunnen beginnen drong hij aan op een coïtus met "oppassen" als voorzorg. Zij stemde hierin toe, omdat ze hem niet wilde weigeren en voorts, omdat ze zelf ook wat ongeduldig was, daar ze het gevoel had, dat ze gezien haar leeftijd, op sexueel gebied nogal wat had in te halen. Het resultaat was een ongewenste zwangerschap.

Oneigenlijke redenen om te trouwen

Wij hebben in de gesprekken met ongewenst zwangeren meermalen beluisterd, dat, voorzover ze gehuwd waren, ze dit huwelijk niet waren aangegaan om de eigenlijke reden dat ze zo graag met die bepaalde man door het leven wilden gaan maar om een oneigenlijke reden, bijv. omdat zij zo gauw mogelijk weg wilden uit het ouderlijk huis of omdat er al een zwangerschap bestond en het kind nu eenmaal een vader moest hebben. Veelal bleek dit in de loop van het huwelijk zijn sporen na te laten in de vorm van een stoornis in de relatie, die dan weer een doeltreffende anticonceptie in de weg stond. Deze factor zou dus ook onder te brengen zijn bij "spanningen in de relatie", maar om praktische redenen, namelijk om een expliciete vergelijking met de controlegroepen mogelijk te maken is hij apart gehouden. Een voorbeeld is te vinden in het aan het begin van dit hoofdstuk beschreven interview nr. 022. Deze vrouw had het destijds op een zwangerschap laten aankomen om maar uit het ouderlijk huis, waar zij zich helemaal niet op haar gemak voelde, weg te kunnen gaan. Gezien deze oneigenlijke huwelijksmotivatie is het niet verwonderlijk, dat de verstandhouding tot haar man veel te wensen overliet, hetgeen resulteerde in gebrekkige anticonceptie en een ongewenste zwangerschap.

Rubriek 6: Motivatieproblemen

In een aantal gevallen bleek de oorzakelijke factor voor de ongewenste zwangerschap direct gelegen te zijn in het proces van motivering voor de anticonceptie. Wij konden in deze groep van factoren twee categorieën onderscheiden.

Ambivalentie t.a.v. de zwangerschapswens

Hiervan was sprake, als er in de tijdsperiode voorafgaand aan de conceptie van een als ongewenst ervaren zwangerschap, niet alleen de vaste overtuig-

ging geweest was, dat een zwangerschap beslist vermeden moest worden, maar daarnaast ook de gedachte, vaak niet duidelijk bewust, dat een zwangerschap in bepaalde opzichten toch aantrekkelijk zou zijn, bijv. als bewijs van eigen vruchtbaarheid.

Een voorbeeld is het volgende relaas:

Een echtpaar had 2 kinderen, één van hen beiden en één uit een eerder huwelijk van de man. De vrouw moest enige tijd na de geboorte van het kind een operatie aan een eierstok ondergaan. Gedurende enige maanden na de operatie werd geen anticonceptie gebruikt, omdat ze wel eens wilde ervaren of ze nog vruchtbaar zou zijn en omdat ze het ook wel leuk vond om er nog een kind bij te krijgen. De man kwam echter zonder werk en bovendien voelde zij zich soms onbevredigd, omdat ze door de kinderen niet aan haar eigen hobby's toekwam. toen zijn ze op haar voorstel toch condooms gaan gebruiken, "maar", zei ze, "de laatste tijd zijn we daar wat nonchalant mee geweest, hebben het condoom een paar maal vergeten; we wisten toen niet zeker of we wel of niet een kind wilden". Het gevolg was een zwangerschap, die toen toch niet geaccepteerd werd.

Een gebrekkige realiteitsperceptie

Hiermee wordt bedoeld de situatie, dat men rationeel wel wist, dat de handelwijze die men volgde, duidelijke risico's in zich borg, maar daaruit niet de consequentie trok door dit riskante gedrag te corrigeren. Als irrationele denkprocessen, die riskant anticonceptiegedrag konden oproepen of bestendigen, hebben wij het volgende waargenomen:

- **Conditionering**

Veelvuldig kregen we op onze vraag, waarom een bepaalde onbetrouwbare methode was toegepast, het antwoord: "och, het was al zo lang goed gegaan op deze manier, dat we ons niet konden voorstellen, dat het nog wel eens zou kunnen mislukken".

- **"Wishful thinking"**

Dit mechanisme kan het duidelijkst wordt gekarakteriseerd als "de wens is de vader van de gedachte" en wordt geïllustreerd door het volgende voorbeeld:

Een pas getrouwd paar werd geconfronteerd met een ongewenste zwangerschap. De methode van anticonceptie was periodieke onthouding. Toen de interviewer aan de vrouw, een studente in de geneeskunde, vroeg of zij deze methode dan betrouwbaar achtte, antwoordde zij,

dat ze wel wist dat de methode op zichzelf niet betrouwbaar is, maar haar cyclus was dermate regelmatig, dat zij vond dat het bij haar wel veilig was.

In het gesprek bleek, dat de betrouwbare methoden, zoals pil, condoom, i.u.d., voor haar om verschillende redenen niet acceptabel waren. Zodoende was zij tot het denkproces gekomen: "ik weet wel, dat P.O. niet veilig is, maar voor mij is het wel veilig, want ik vind deze methode nu eenmaal het meest verkieslijk".

We realiseren ons, dat mogelijkerwijs aan de gebrekkige realiteitsperceptie bepaalde psychische problemen ten grondslag liggen die slechts bij diepergaand onderzoek ontdekt kunnen worden, maar met de door ons gevolgde werkwijze en met onze psychologische competentie werd dit denkproces als een elementaire factor geïdentificeerd.

De "risky shift"

Hieronder verstaat men het verschijnsel, opgemerkt bij experimentele studies over riskant gedrag (zie hoofdstuk 2), dat bij een groepsbeslissing vaak een groter risico wordt aanvaard dan bij een individuele beslissing. In de coïtus situatie betekent dit, dat overleg tussen de partners over de wenselijke mate van voorzorg tegen zwangerschap kan resulteren in het accepteren van een minder veilige methode dan wanneer één van beiden alleen verantwoordelijkheid zou dragen.

Wij zagen hiervan een voorbeeld in het interview onder "plotselinge behoefte om de vruchtbaarheid te beproeven". De jongelui in kwestie, ongehuwd, hadden als regel condooms toegepast, maar op de bewuste avond was dit niet gebeurd. Hij had nog gezegd: "laten we toch uitkijken", maar zij zei, dat ze dacht, dat het geen kwaad zou kunnen. Het resultaat was, dat het meest riskante voorstel in praktijk werd gebracht met als gevolg zwangerschap.

8. Uitkomsten van de tweede onderzoeksfase

De vragen waarop wij het antwoord willen verkrijgen door middel van de tweede onderzoeksfase, zijn de volgende:

- in hoeverre kan de onderzoeksgroep gelden als een representatieve steekproef uit de landelijke populatie van vrouwen die een ongewenste zwangerschap willen laten afbreken
- uit wat voor vrouwen is de onderzoeksgroep in demografisch opzicht samengesteld en in hoeverre zijn de onderzoeksgroep en de controlegroepen in dit opzicht vergelijkbaar
- in welke frequentie spelen de diverse in het verkennend onderzoek gevonden factoren een oorzakelijke rol bij het tot stand komen van de ongewenste zwangerschappen in de onderzoeksgroep
- hoe verhoudt zich de onderzoeksgroep tot de beide controlegroepen ten aanzien van genoemde factoren
- wat valt er op te merken aan de kleine groep van onbedoeld zwangeren, die hun zwangerschap niet lieten afbreken
- zijn er onderlinge verbanden aanwijsbaar tussen de diverse variabelen.

In dit hoofdstuk zullen we eerst de demografische gegevens bekijken om de twee eerste vragen te kunnen beantwoorden; vervolgens zal aan de beantwoording van de overige vragen in de bovenvermelde volgorde een onderdeel van het hoofdstuk worden gewijd.

Zoals beschreven in hoofdstuk 5 zijn de ingevulde vragenformulieren na codering in de computer verwerkt. Geprogrammeerd werden rechte tellingen van alle variabelen in de drie onderzochte groepen, bovendien kruistabellen van een aantal daarvoor in aanmerking komende variabelen. Terwille van de leesbaarheid worden in dit hoofdstuk de resultaten zodanig geformuleerd en samengevat als nodig is om de verschillende vraagstellingen

te beantwoorden. De volledige uitkomsten zullen in het aanhangsel worden vermeld.

De statistische bewerking van de onderzoeksresultaten geschiedde onder verantwoordelijkheid van de afdeling Medische Psychologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam (hoofd Prof. Dr. F. Verhage), met name van drs. H.J. Duivenvoorden. Wanneer resultaten van statistische berekeningen worden weergegeven, zullen de gebruikte toetsen worden vermeld. Als significantiegrens werd aangehouden het 5%-niveau ($p < 0,05$), tweezijdig, behalve waar de 1-toets werd toegepast, welke rechts-éénzijdig toets (zie Spitz, 1968), evenals de Fisher Exact Probability test. Een beschrijving van de toets van Kolmogorov-Smirnov en van de modificatie volgens Tocher van de Fisher Exact Probability test kan men vinden bij Siegel (z.j.).

Een onderzoek waarbij getracht wordt aan de hand van de door ons gevonden resultaten een voorspellende formule te maken, waarmee ongewenste zwangerschap kan worden voorspeld, wordt buiten het onderhavige onderzoek gelaten, maar zal, indien dit tot een positief resultaat leidt, t.z.t. gepubliceerd worden. Dit onderdeel wordt tesamen met de afdeling Medische Psychologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam ondernomen.

In de tabellen en grafieken, die ter verduidelijking van de tekst zijn opgenomen, worden de diverse onderzochte groepen met afkortingen aangeduid en wel als volgt:

- OZ = groep ongewenst zwangeren (N = 50)
- GZ = groep gewenst zwangeren (N = 48)
- AC = groep gebruiksters van betrouwbare anticonceptie (N = 50)
- OZA = groep vrouwen met onbedoelde maar geaccepteerde zwangerschap (N = 7)
- PR = gegevens Permanente Registratie van de Stichting Stimezo Nederland in het eerste kwartaal 1974.

8.1 Demografische variabelen

Leeftijd

De jongste vrouw uit de onderzoeksgroep was 16 jaar, de oudste 46 jaar. Overzichtelijker dan door middel van tabellen geven fig. 1, fig. 2 en fig. 3

met behulp van curves de leeftijdsverdeling in de diverse groepen en hun onderlinge verhouding weer.

Onderzoeksgroep en P.R.-groep worden in fig. 1 met elkaar vergeleken met betrekking tot de leeftijdsverdeling.

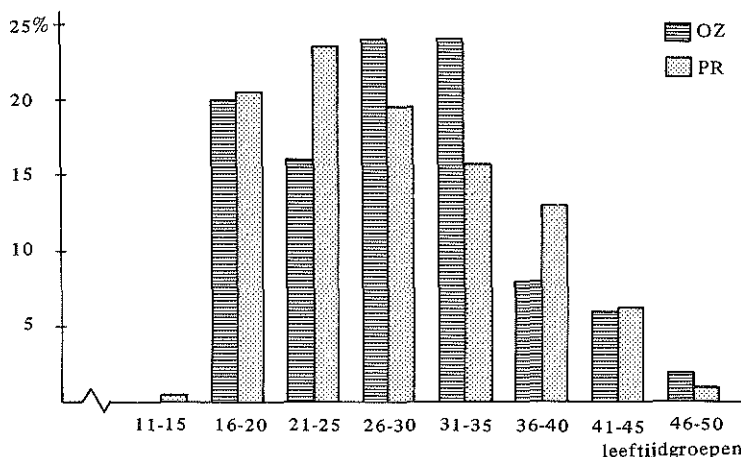


Fig. 1. Leeftijdsvergelijking tussen onderzoeksgroep en P.R.-groep (gecorr. perc., per 5 jaar)

Er blijkt geen significant verschil te bestaan tussen de beide groepen op dit punt (Kolmogorov-Smirnov toets).

De uit fig. 2 af te lezen verschillen tussen ongewenst zwangeren en gewenst zwangeren blijken statistisch significant te zijn ($p < 0,05$, Kolmogorov-Smirnov toets), die tussen onderzoeksgroep en AC-groep niet (Kolmogorov-Smirnov toets). De leeftijdsverschillen zullen vooral van belang zijn voor de onderzoekresultaten wat de laagste leeftijdsgroepen betreft. Hoe de verhoudingen daar liggen, is nog beter af te lezen van de cumulatieve leeftijdscurven (fig. 3)

Hieruit is te zien, dat tot de leeftijd van 20 jaar de onderzoeksgroep aanmerkelijk sterker vertegenwoordigd is dan de controlegroepen; 20% van de vrouwen uit deze groep is jonger dan 20 jaar tegenover resp. 6% en 8% van

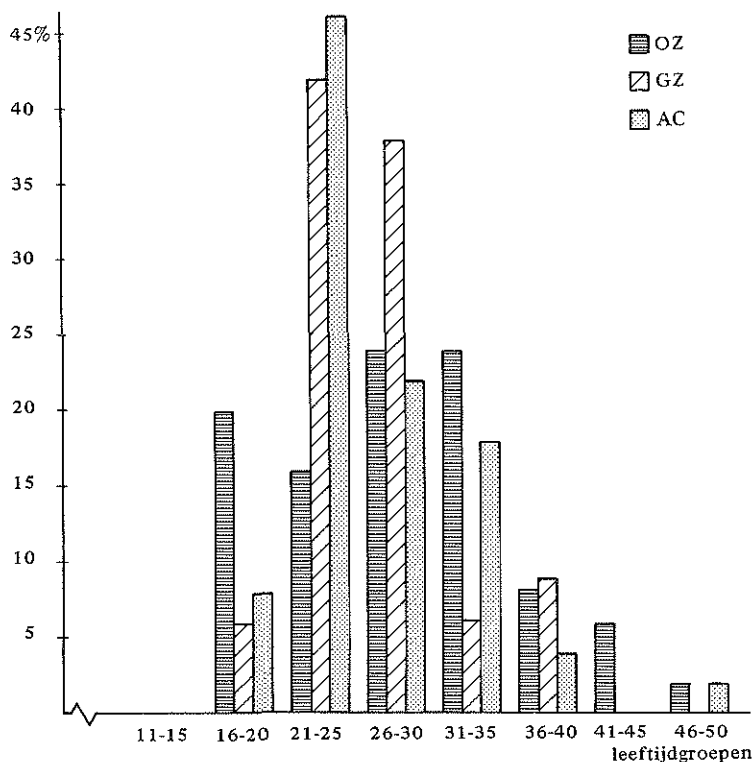


Fig. 2. Leeftijdsvergelijking tussen onderzoeksgroep en controlegroepen (gecorr. perc., per 5 jaar)

de controlegroepen. Dit zou dus bij het vergelijkend onderzoek een vertekening kunnen opleveren bij die variabelen, die samenhangen met een lage leeftijd. We hebben dit nagegaan voor drie variabelen, waarbij een dergelijke samenhang te verwachten was, n.l. gebrekkige kennis van anticonceptie, subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie en afhankelijkheid van de partner. Van de vrouwen uit de onderzoeksgroep, die een gebrekkige kennis van anticonceptie hadden, bleek ook 20% in de leeftijdsgroep tot 20 jaar te vallen. Voor de variabelen subjectieve onbereikbaarheid en afhankelijkheid van de partner was de situatie echter anders. Van dege-

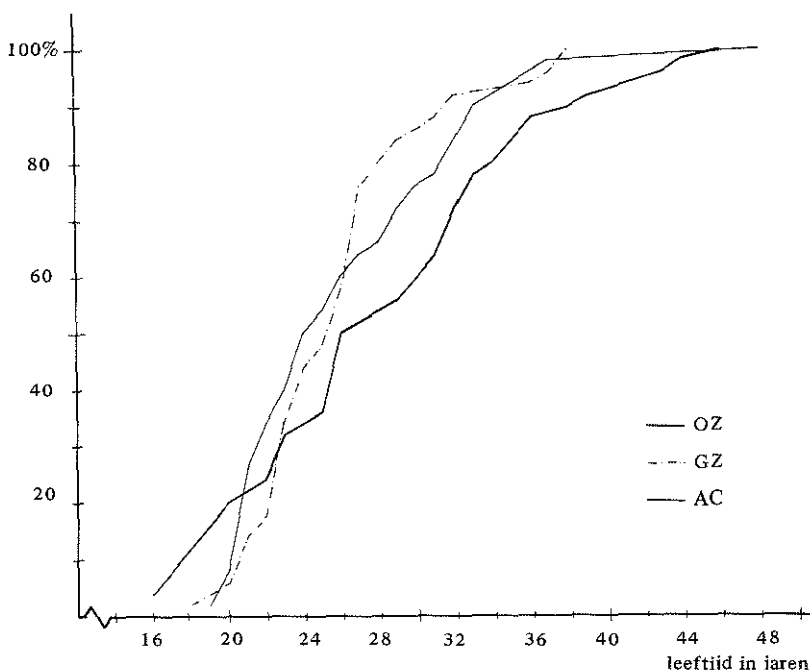


Fig. 3. Cumulatieve leeftijdscurven van onderzoekgroep en controlegroepen (gecorr. perc., per 2 jaar)

nen, die deze kenmerken vertoonden, bleek resp. 66% en 40% te behoren tot de betreffende leeftijdsgroep. Dit kan dus voor deze variabelen leiden tot een contrastverhogende vertekening van de onderzoekgroep ten opzichte van de controlegroepen en we zullen daar rekening mee moeten houden bij de beoordeling van de vergelijkende percentages.

Burgerlijke staat

Van de verhoudingen op dit punt geeft tabel 3 een overzicht.

De nog vaak te beluisteren uitspraak, dat ongewenst zwangeren vooral ongehuwde vrouwen zijn, die een ongebonden promiscu leven leiden, wordt door deze tabel tegengesproken. Slechts 42% van de ongewenst zwangeren

Tabel 3. Burgerlijke staat

	% per groep			
	OZ	GZ	AC	PR
gehuwd	58	100	58	51
ongetrouwd, vaste relatie	24	0	40	28
ongetrouwd, (nog) geen vaste relatie	10	0	2	11
ongetrouwd, geen relatie	2	0	0	5
gescheiden, weduwe	6	0	0	5

is ongetrouwd en slechts 12% van de groep, dat is 30% van de ongetrouwden, heeft (nog) geen vaste relatie. Weliswaar steekt de OZ-groep wat betreft de degelijkheid van de relatie in vergelijking met de AC groep significant ongunstig af en zeker in vergelijking met de GZ-groep, maar dit is geen eerlijke vergelijking want het criterium gewenste zwangerschap impliceert uiteraard een hoog percentage getrouwd en het is bekend, dat vrouwen meestal pas dan naar een consultatiebureau voor anticonceptie-advies gaan als hun relatie "vast" is geworden.

Tussen onderzoeksgroep en P.R.-groep blijkt geen significant verschil te bestaan (1-toets). Wel blijken significante verschillen te bestaan tussen de groepen OZ en GZ ($p < 0,001$, 2-toets) en OZ en AC ($p < 0,050$, 2-toets). Ook hier moeten we ons afvragen welke betekenis deze omstandigheid kan hebben voor de vergelijkende percentages van variabelen, die samenhang kunnen vertonen met de burgerlijke staat, met name het al of niet getrouwd zijn. Variabelen, die hiervoor in aanmerking komen, zijn onverwachtheid van de coïtus, subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie, afhankelijkheid van de partner en weerstand tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid. Van de vrouwen in de onderzoeksgroep waarop deze factoren van toepassing waren, waren resp. 40%, 16%, 20% en 25% getrouwd, terwijl van de gehele onderzoeksgroep 58% getrouwd is. Vooral de laatste drie variabelen komen dus duidelijk meer voor bij ongetrouwden. Dit kan vooral contrastverhogend werken bij vergelijking met de groep gewenste zwangeren, daar deze voor 100% getrouwd is. We zullen daarmee rekening moeten houden bij de beoordeling van de betreffende vergelijkende percentages.

Geloof

De verhoudingen tussen de drie onderzochte groepen worden weergegeven in tabel 4. Van de P.R.-groep zijn geen gegevens op dit punt bekend. Een

geloof werd alleen als zodanig aangemerkt, als men het inderdaad beleed ("er aan deed").

Tabel 4. Geloof

	% per groep		
	OZ	GZ	AC
geen geloof	64	46	70
N.H.	12	15	8
Gereformeerd	6	4	2
R.K.	12	35	18
Anders	2	0	2
Onbekend	4	0	0

De verschillen tussen de drie groepen blijken statistisch niet significant te zijn (χ^2 -toets).

Het relatief hoge percentage R.K.-vrouwen onder de gewenst zwangeren vindt zijn oorzaak in de omstandigheid, dat de verloskundige in wier praktijk het onderzoek werd gehouden, katholiek is. Het is denkbaar, dat dit zou leiden tot relatief meer sexueel restrictieve tendensen in deze groep, maar aangezien de groep voor 87% uit stadsbewoonsters in Zuid-Holland bestaat, waarbij de invloed van kerkelijke voorschriften meestal minder groot is, verwachten wij niet, dat dit effect sterk merkbaar zal zijn (zie ook hoofdstuk 8.5).

Aantal kinderen

Bij vergelijking van de onderzoeksgroep met de PR-groep blijken er geen significante verschillen te bestaan (Kolmogorov-Smirnov-toets). De verhoudingen op dit punt in de drie onderzochte groepen worden weergegeven in tabel 5.

Tabel 5. Aantal kinderen

Aantal	% per groep		
	OZ	GZ	AC
0	44	48	78
1	14	42	6
2	24	10	10
3	10	0	4
meer	8	0	2

Opvallend is, dat het percentage vrouwen met 2 en meer kinderen in de onderzoeksgroep significant hoger is dan in de beide controlegroepen ($P_{OZ-GZ} < 0,001$; $P_{OZ-AC} < 0,05$, χ^2 -toets), temeer gezien het feit, dat groep OZ slechts voor 58% gehuwd is, groep AC daarentegen voor 100%. Dit maakt enerzijds verklaarbaar, dat deze vrouwen eerder geneigd zullen zijn een onbedoelde zwangerschap als ongewenst te ervaren, anderzijds rijst de vraag, waarom deze vrouwen, die objectief gezien de beste reden hebben om betrouwbare anticonceptie te gebruiken, dit blijkbaar toch niet doen. Het antwoord hierop zal gevonden moeten worden bij de hierna te noemen oorzakelijke variabelen.

Aantal voorafgegane abortus provocati

Tabel 6 geeft de verhoudingen op dit punt tussen de drie onderzochte groepen weer.

Tabel 6. Aantal voorafgegane abortus provocati

Aantal	% per groep			
	OZ	GZ	AC	PR
0	98	100	90	93
1	2	0	8	6
2	0	0	2	1

In de onderzoeksgroep komt dus 2% (één vrouw) enkelvoudig recidivisme voor, laag in vergelijking met de PR-groep, laag vooral ook ten opzichte van de pilgroep, waarin we 8% enkelvoudig recidivisme aantreffen en waarin 2% (één vrouw) zelfs reeds tweemaal tevoren een abortus provocatus doormaakte. Dit wijst erop, dat althans een deel van deze controlegroep niet zozeer uit zichzelf tot een betrouwbaar anticonceptiegedrag is gekomen, maar eerder ten gevolge van "schade en schande". Bij het nakijken van de gegevens van deze vrouwen (5), blijkt inderdaad, dat drie van hen meerdere motivatieverstorende factoren vertonen, zoals spanning in de relatie tot hun partner, belastende levensomstandigheden, afhankelijkheid van de partner, ambivalentie t.a.v. de zwangerschapswens, orgasmestoornis, gering besef van eigenwaarde. De andere twee tonen ieder één factor, resp. een in seksueel opzicht restrictieve opvoeding en het gevoel, dat pilgebruik tegen-natuurlijk is.

Plaats van herkomst

Tabel 7 toont de onderlinge verhoudingen van de soort woonplaats waaruit de vrouwen in de drie onderzochte groepen afkomstig zijn. Van de PR-groep zijn op dit punt geen gegevens beschikbaar.

Tabel 7. Plaats van herkomst

	% per groep		
	OZ	GZ	AC
stad	66	87	78
provincieplaats	10	0	6
dorp, platteland	20	13	16
onbekend	4	0	0

Er blijkt een significant verschil te bestaan tussen de groepen OZ en GZ ($P < 0,05$, χ^2 -toets), niet tussen de groepen OZ en AC (χ^2 -toets).

De verklaring van het hoge percentage stadsbewoonsters in GZ ten opzichte van de beide andere groepen moet gezocht worden in het feit, dat zowel de Stormkliniek als het Rutgershuis een regionale functie vervullen en dus meer clienten van buiten de stad aantrekken dan de in Rotterdam-Hillegersberg gevestigde vroedvrouwenpraktijk, hoewel men ook hierin een zeker percentage dorpsbewoonsters aantreft, afkomstig uit dorpen ten noorden van Rotterdam.

Om na te gaan of het feit dat in de onderzoeksgroep duidelijk meer provincieplaats- en dorpsbewoonsters voorkomen dan in de groep gewenst zwangeren invloed kan hebben op de resultaten van het vergelijkend onderzoek, hebben we de betreffende kruistabellen bestudeerd (zie hoofdstuk 8.5). Het blijkt, dat alleen voor de restrictieve seksuele opvoeding een significant verband bestaat met het afkomstig zijn uit dorp of provincieplaats. Bij vergelijking van de groepen OZ en GZ op deze variabele zullen we dus moeten bedenken, dat een gevonden verschil versterkt kan zijn door bovengenoemde omstandigheid.

Schoolopleiding en sociaal niveau

Vergelijking van de onderzoeksgroep met de PR-groep met betrekking tot de schoolopleiding levert geen significante verschillen op (Kolmogorov-Smirnov-toets). De onderlinge verhoudingen tussen de groepen wat betreft het sociale niveau worden weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. Sociaal niveau

	% per groep		
	OZ	GZ	AC
ongeschoolde arbeid	10	4	8
geschoolde arbeid	32	50	14
middenklasse (MAVO, enz.)	42	35	48
hogere klasse (middelbare school)	14	11	30
onbekend	2	0	0

De verschillen tussen de groepen blijken statistisch niet significant (Kolmogorov-Smirnov-toets), maar opvallend is wel het hoge percentage midden- en hogere klasse in de AC-groep, hetgeen strookt met de bevindingen van Derkx en Van der Does (zie hoofdstuk 2.2).

De conclusies, die uit het bovenstaande getrokken kunnen worden ten aanzien van de vraagstelling, zijn:

- bij vergelijking van onze onderzoeksgroep met de PR-groep blijken geen significante verschillen te bestaan met betrekking tot de beschikbare demografische variabelen, m.a.w. er zijn geen aanwijzingen tegen de representativiteit van de onderzochte steekproef
- bij het trekken van conclusies uit het vergelijkend onderzoek van de onderzoeksgroep met de controlegroepen moet voor bepaalde variabelen rekening worden gehouden met mogelijke beïnvloeding van de uitkomst door verschillen tussen de groepen in demografisch opzicht.

8.2 Oorzakelijke factoren; frequentie van voorkomen

Allereerst blijkt uit de door de judges ingevulde vragenformulieren, dat 12% van de ongewenste zwangerschappen niet te wijten was aan duidelijk riskant anticonceptiegedrag, maar aan het falen van een op zichzelf redelijk betrouwbare methode. De grote meerderheid was dus wel het gevolg van riskant anticonceptiegedrag, maar binnen deze groep zijn nog verschillen op te merken. Van de 50 partnercombinaties uit de onderzoeksgroep bleken er 30 als regel een onbetrouwbare methode toe te passen terwijl in 12 van deze 30 gevallen bovendien nog een incidentele verergering van het onveilige gedrag voorafgaand aan de ongewenste zwangerschap was te

constateren. Bij 14 partnercombinaties was alleen sprake van een incidentele ontsporing van een overigens redelijk veilig anticonceptiegedrag. In totaal heeft dus in 52% van de onderzochte gevallen van ongewenste zwangerschap een incidentele verstoring van het gebruikelijke anticonceptiepatroon een beslissende of bijkomstige rol gespeeld.

Gebrekkige kennis van anticonceptiemethoden was slechts voor 18% oorzaak van het onveilige gedrag, voor 70% daarentegen was er sprake van een gebrekkige realiteitsperceptie, d.w.z. risico nemen min of meer tegen beter weten in.

Nu volgt een overzicht van de frequentie waarmee de uit de gespreksanalyses voortgekomen factoren (zie hoofdstuk 7.2) door de judges als oorzakelijk voor een ongewenste zwangerschap zijn aangewezen, uitgedrukt in procenten van de onderzoekgroep. De lezer dient zich te realiseren, dat vaak meerdere oorzaken per geval aan te wijzen waren, zodat de som der percentages groter is dan honderd. Terwille van de duidelijkheid wordt weer de indeling in rubrieken als in hoofdstuk 7.2 gevolgd.

Rubriek 1. Factoren betreffende de anticonceptie	% in OZ
	% in OZ
— tegenzin tegen het gebruik van anticonceptie in het algemeen	12
— weerstand tegen pilgebruik wegens ondervonden bijwerkingen	24
— weerstand tegen pilgebruik wegens gevreesde bijwerkingen	28
— weerstand tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid	8
— andere weerstanden tegen pilgebruik dan bovengenoemde (zie hoofdstuk 7.2)	14
— weerstand tegen condoomgebruik	40
— weerstand tegen gebruik van "spiraaltje"	24
— gebrekkige kennis omtrent anticonceptie	18
— subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie	12
 Rubriek 2. Factoren betreffende de seksuele ontwikkeling	
— een in seksueel opzicht restrictieve opvoeding	28
— een in seksueel opzicht restrictieve attitude	18
— gestoorde beleving van de sexualiteit	16

Rubriek 3. Situatieve factoren

— algemeen belastende omstandigheden	22
— een acute stoomis in de relatie	6
— onverwachtheid van de coïtus	4
— een rouwproces	6
— alcoholgebruik	14
— drang tot testen van de vruchtbaarheid	4
— "black-out", wazige geestestoestand	6

Rubriek 4. Persoonskenmerken

— een gering besef van eigenwaarde	14
— fatalisme, passiviteit	20

Rubriek 5. Factoren betreffende de relatie

— spanningen in de relatie	12
— afhankelijkheid van de partner	6
— getrouwd om oneigenlijke redenen	2

Rubriek 6. Motivatieproblemen in engere zin

— ambivalentie t.a.v. zwangerschapswens	14
— gebrekkige realiteitsperceptie	70

Zoals in hoofdstuk 5.1 is vermeld, is door de judges ook aangegeven hoe vaak de diverse factoren in de onderzoeksgroep voorkwamen zonder dat een direct oorzakelijk verband met de zwangerschap bestond. In fig. 4 wordt een grafisch overzicht gegeven van de frequentie van voorkomen van



fig.4 relatieve frequentie van voorkomen der gevonden factoren in de onderzoeksgroep (per rubriek)

de verschillende rubrieken van factoren, waarbij de kolommen links van de deelstreep aangeven hoe vaak een bepaalde rubriek als direct oorzakelijk voor de betreffende zwangerschap werd beschouwd, terwijl de rechter groep kolommen weergeeft hoe vaak de respectievelijke rubrieken voorkwamen zonder dat een direct oorzakelijk verband met de zwangerschap aanwezig werd geacht. Daar het in deze grafiek slechts de bedoeling is om de onderlinge verhouding tussen de rubrieken weer te geven, is geen schaalverdeling gemaakt.

Als meest voorkomende groep factoren zien we dan de weerstanden tegen de diverse vormen van anticonceptie naar voren komen, gevolgd door de groep van de relatieproblematiek, in hoofdzaak gevormd door de gebrekkige realiteitsperceptie. De derde plaats wordt gedeeld door de situatieve factoren en de seksuele ontwikkelingsproblematiek, terwijl de persoonskenmerken en de relatieproblematiek verhoudingsgewijs het minst voorkomen. Tenslotte blijkt uit de uitkomsten, dat, terwijl in 24% van de onderzoeksgroep een relatiestoornis aanwezig was, in een derde deel van deze gevallen de relatiestoornis tevens de reden was om de zwangerschap te laten afbreken.

8.3 Vergelijking van de onderzoeksgroep met de controlegroepen met betrekking tot de oorzakelijke factoren

Dit deel van de resultaten is te beschouwen als het belangrijkste; immers, hieruit moet het antwoord voortkomen op de vraag of onze veronderstelling juist is, dat de groep ongewenst zwangeren zich duidelijk onderscheidt van de controlegroepen met betrekking tot het voorkomen van die factoren die we als mogelijke oorzaken voor ongewenste zwangerschap hebben kunnen identificeren. Als deze veronderstelling namelijk juist zou zijn, zou aan het aantreffen van een of meer van dergelijke factoren in een bepaald geval een zekere voorspellende waarde kunnen worden toegekend met betrekking tot het gevaar voor een ongewenste zwangerschap, hetgeen uit een oogpunt van preventie uiteraard van groot belang zou zijn.

Allereerst blijkt dan uit de antwoorden op de vraag of in de seksueel actieve periode ooit riskant anticonceptiegedrag is voorgekomen, dat dit ook in de controlegroepen voor resp. 52% en 59% het geval blijkt te zijn geweest, maar deze percentages liggen significant lager dan dat van 96% in de onderzoeksgroep (χ^2 -toets). Dit pleit dus tegen de wel eens verkondigde opvat-

ting, dat vrouwen met ongewenste zwangerschap zich niet riskanter gedragen dan andere vrouwen, doch alleen maar "pech hebben gehad".

We zullen nu rubrieksgewijs de onderzoeksgroep met de controlegroepen vergelijken. Van iedere variabele wordt opgegeven het percentage van voorkomen in de respectievelijke onderzochte groepen, gevolgd door de uitkomst van de significantieberekening van de waargenomen verschillen met vermelding van de gebruikte toetsen. Wat betreft de groep ongewenst zwangeren worden terwille van de vergelijkbaarheid de totale percentages van voorkomen opgegeven, dus zowel in direct-oorzakelijke als in niet-direct-oorzakelijke zin.

Rubriek 1: Anticonceptieproblematiek

In tabel 9 wordt een overzicht gegeven van de uitkomsten met betrekking tot de factoren behorende tot deze groep.

Tabel 9. Vergelijking van onderzoeksgroep met controlegroepen m.b.t. de factoren betreffende de anticonceptie (% per groep)

	OZ	GZ	AC	P _{OZ-GZ}	P _{OZ-AC}
Tegenzin tegen het gebruik van anticonceptie in het algemeen	16	6	2	n.s. ³⁾	< 0,05 ¹⁾
Weerstand tegen pilgebruik wegens ondervonden bijwerkingen	34	31	12	n.s. ⁴⁾	< 0,01 ²⁾
Weerstand tegen pilgebruik wegens gevreesde bijwerkingen	40	33	8	n.s. ⁴⁾	< 0,001 ²⁾
Weerstand tegen pilgebruik wegens implicatie van perm. sex. beschikb.	8	0	0	n.s. ¹⁾	n.s. ¹⁾
Andere weerstanden tegen pilgebruik dan bovengenoemde	18	4	6	< 0,05 ¹⁾	< 0,05 ³⁾
Weerstand tegen condoomgebruik	68	79	98	n.s. ⁴⁾	< 0,001 ¹⁾
Weerstand tegen gebruik van "spiraaltje"	54	44	46	n.s. ⁴⁾	n.s. ⁴⁾

1) Fisher Exact Probability Test

2) χ^2 -toets

3) Fisher-toets met Tochers Modificatie

4) χ^2 -toets

Gebrekkige kennis omtrent anticonceptie	22	2	2	$< 0,005^1$	$< 0,005^1$
Subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie	12	0	0	$< 0,05^1$	$< 0,05^1$

Wat betreft de weerstand tegen de anticonceptiegedachte als zodanig blijkt geen significant verschil te bestaan met de groep gewenst zwangeren, wel met de pilgroep.

We merken op, dat de verschillen in weerstand tegen anticonceptiemethoden het sterkst gelden voor het pilgebruik; bij het intra-uteriene middel zijn slechts kleine verschillen aan te wijzen en voor het condoomgebruik liggen de verhoudingen zelfs anderom.

Het totaal aan weerstanden tegen pilgebruik blijkt wel significant hoger te liggen dan in de beide controlegroepen (Fisher-toets met Tochers modificatie). Hierbij moeten we weliswaar bedenken, dat bij het vergelijken van de weerstand tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid in de groepen OZ en GZ het verschil versterkt kan zijn door het feit, dat in GZ geen ongehuwden voorkomen (zie hoofdstuk 8.1). Dat de controlegroep van bezoekers van het Dr. Rutgershuis het sterkst verschilt van de onderzoeksgroep met betrekking tot weerstanden tegen pilgebruik, is niet verwonderlijk, daar deze vrouwen immers allen de pil gebruiken. Veeleer is het opmerkelijk, dat ook bij hen toch nog een zeker percentage aan ondervonden en gevreesde bijwerkingen wordt aangetroffen (resp. 12% en 8%). Dit wordt verklaarbaar als we zien, dat het voorkomen van weerstand tegen het spiraaltje in de drie groepen niet duidelijk verschilt en dat de weerstand tegen condoomgebruik in de AC-groep zelfs significant hoger is dan in de beide andere groepen (χ^2 -toets), n.l.98%! Blijkbaar wordt een bezwaar tegen pilgebruik soms acceptabel, omdat tegen alternatieve methodes nog grotere bezwaren bestaan.

Vergelijken we in de drie groepen de weerstand tegen pil, condoom en spiraal tesamen, dan blijkt er geen verschil te bestaan. Er is in het gehele onderzoekmateriaal namelijk niet één vrouw, die niet een weerstand heeft tegen één van deze middelen.

Wat betreft het voorkomen van subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie blijkt ook een significant verschil te bestaan tussen onderzoeksgroep en controlegroepen, maar zoals uiteengezet werd in hoofdstuk 8.1 kan hier een versterking van het verschil zijn opgetreden door het feit, dat in GZ geen ongehuwden voorkomen en omdat de laagste leeftijds-

categorie in OZ relatief sterker vertegenwoordigd is.

Opmerkelijk is verder het significante verschil in het voorkomen van gebrekkige kennis omtrent anticonceptie tussen onderzoeksgroep en controlegroepen (resp. 22%, 2% en 2%). Temeer treft dit, omdat we in de toelichting op de vragenlijst vrij milde richtlijnen aan de judges hebben gegeven voor wat als gebrekkige kennis diende te worden aangemerkt.

Rubriek 2: Sexuele ontwikkelingsproblematiek

In tabel 10 wordt een vergelijkend overzicht gegeven van de mate van voorkomen van de factoren uit deze rubriek in de onderzoeksgroep en de controlegroepen.

Tabel 10. Vergelijking van onderzoeksgroep met controlegroepen m.b.t. de factoren betreffende de sexuele ontwikkelingsproblematiek (% per groep)

	OZ	GZ	AC	P_{OZ-GZ}	P_{OZ-AC}
Een in sexueel opzicht restrictieve opvoeding	78	50	56	$< 0,001^1$	$< 0,005^1$
Een in sexueel opzicht restrictieve attitude	26	4	10	$< 0,005^1$	$< 0,05^1$
Een gestoorde beleving van sexualiteit	32	2	8	$< 0,001^2$	$< 0,005^2$

1) χ^2 -toets

2) Fisher Exact Probability Test

Voor alle drie factoren uit deze rubriek worden dus duidelijke, statistisch significante verschillen gevonden tussen de ongewenst zwangeren enerzijds en de controlegroepen anderzijds. Wat betreft de sexueel restrictieve opvoeding moet echter rekening gehouden worden met een mogelijk versterkt verschil tussen OZ en GZ door het relatief meer voorkomen van stadsbewoners in GZ (zie hoofdstuk 8.1).

Rubriek 3: Situatieve factoren

Bij de vergelijking van de onderzochte groepen met betrekking tot de situatieve factoren hebben we de groep ongewenst zwangeren samengenomen met het groepje onbedoelde maar geaccepteerde zwangerschappen om een vergelijking mogelijk te maken tussen alle onbedoelde zwangerschappen

enerzijds en alle bedoelde zwangerschappen anderzijds met betrekking tot de omstandigheden ten tijde van de conceptie. Tabel 10 geeft de resultaten weer.

Tabel 10. Vergelijking van onbedoeld zwangeren met bedoeld zwangeren en AC-groep m.b.t. de situatieve factoren (% per groep)

	OZ+OZA	GZ	AC	P _{OZOZA-GZ}	P _{OZOZA-AC}
Algemeen belastende omstandigheden	44	10	12	< 0,001 ¹⁾	< 0,001 ¹⁾
Acute stoornis in de relatie	7	0	0	n.s. ¹⁾	—
Onverwachtheid van de coïtus	11	0	0	< 0,05 ¹⁾	—
Rouwproces	5	2	0	n.s. ²⁾	n.s. ¹⁾
Alcoholgebruik	16	0	0	< 0,005 ¹⁾	—

1) Fisher Exact Probability Test

2) Fisher toets met Tochers Modificatie

Wat betreft de algemeen belastende omstandigheden bleken significante verschillen te bestaan tussen onbedoeld zwangeren enerzijds en bedoeld zwangeren en AC-groep anderzijds. Ditzelfde geldt niet voor het bestaan van een rouwproces; het gevonden hogere percentage blijkt niet significant te verschillen van dat in de beide andere groepen. Van de factoren met een meer incidenteel en vluchtig karakter, nl. een acute stoornis in de relatie, onverwachtheid van de coïtus en alcoholgebruik, liggen de percentages ook hoger bij de onbedoeld zwangeren, maar alleen voor de twee laatste factoren is het verschil significant.

Van deze incidentele factoren hebben we geen vergelijking met de AC-groep uitgevoerd, daar het ons niet reëel voorkwam om de nulcores voor deze factoren in deze groep als een waarheidsgetrouw gegeven te hanteren. Immers, ten gevolge van het incidentele en vluchtige karakter van deze factoren moet men bij een negatief antwoord op de vraag of één of meer van deze omstandigheden zich hebben voorgedaan in de periode van 9 maanden voorafgaand aan het interview, ernstig rekening houden met de mogelijkheid, dat de respondent het zich niet goed meer herinnert, dit in tegenstel-

ling tot de controlegroep van gewenst zwangeren, waar het gaat om een korte omschreven periode ten tijde van de conceptie.

Van de factoren "drang tot testen van de vruchtbaarheid" en "black out" zijn geen gegevens uit de GZ-groep bekend, zodat een vergelijking niet mogelijk is. Statistisch significante verschillen zouden toch niet gevonden worden gezien de lage percentages in de groep ongewenst zwangeren met betrekking tot deze factoren.

Rubriek 4: Persoonskenmerken

In tabel 11 vinden we voor de beide factoren uit deze groep de vergelijking tussen de onderzoekgroep en de controlegroepen.

Tabel 11. Vergelijking van onderzoekgroep met controlegroepen m.b.t. de persoonskenmerken (% per groep)

	OZ	GZ	AC	P_{OZ-GZ}	P_{OZ-AC}
Gering besef van eigenwaarde	18	0	4	$< 0,005^1$	$< 0,05^1$
Fatalisme, passiviteit	22	0	0	$< 0,001^1$	$< 0,001^1$

1) Fisher Exact Probability Test

Voor beide kenmerken zien we dus duidelijke en statistisch significante verschillen tussen de ongewenst zwangeren en de controlegroepen.

Rubriek 5: Relatieproblematiek

Voor de drie factoren behorende tot deze rubriek geeft tabel 12 een vergelijkend overzicht van de onderzoekgroep en de controlegroepen.

Spanningen in de relatie van meer duurzame aard kwamen bij de ongewenst zwangeren, significant vaker voor dan in de groep gewenst zwangeren, een verschil met de pilgroep was aanwijsbaar, maar bleek statistisch niet significant. Opmerkelijk is, dat deze factor ook significant vaker voorkwam in de AC-groep dan in de GZ-groep (Fisher-toets). Op de betekenis van deze bevinding wordt verderop in dit hoofdstuk nader ingegaan.

Afhankelijkheid van de partner kwam ook significant vaker voor in de OZ-groep dan in de GZ-groep, maar hier moeten we rekening houden met een mogelijke versterking van het verschil door samenhang van deze factor met

Tabel 12. Vergelijking van onderzoeksgroep met controlegroepen m.b.t. de relatieproblematiek (% per groep)

	OZ	GZ	AC	P _{OZ-GZ}	P _{OZ-AC}
Spanningen in de relatie	24	4	16	< 0,005 ²⁾	n.s. ¹⁾
Afhankelijkheid van de partner	10	0	2	< 0,05 ²⁾	n.s. ³⁾
Getrouwd om oneigenlijke redenen	20	0	4	< 0,001 ²⁾	< 0,01 ²⁾

- 1) χ^2 -toets
- 2) Fisher Exact Probability Test
- 3) Fisher toets met Tochers Modificatie

lage leeftijd en de ongehuwde staat (zie hoofdstuk 8.1). Een verschil tussen de OZ-groep en de AC-groep met betrekking tot deze factor was weliswaar aanwijsbaar, maar bleek statistisch niet significant.

Ten aanzien van het reeds significante verschil tussen OZ en GZ met betrekking tot een oneigenlijk huwelijksmotief moet nog worden opgemerkt, dat OZ slechts voor 58% gehuwd is terwijl GZ voor 100% gehuwd is. Berekent men de percentages in de drie groepen alleen voor gehuwden, dan worden deze respectievelijk 42%, 0% en 8%.

Rubriek 6: Motivatieproblematiek in engere zin

Voor de beide factoren uit deze rubriek geeft tabel 13 de vergelijking tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep weer.

Tabel 13. Vergelijking van onderzoeksgroep met controlegroepen m.b.t. de motivatieproblematiek (% per groep)

	OZ	GZ	AC	P _{OZ-GZ}	P _{OZ-AC}
Ambivalentie t.a.v. zwangerschapswens	18	2	8	< 0,01 ¹⁾	n.s. ²⁾
Gebrekkige realiteitsperceptie	70	—	—	—	—

- 1) Fisher Exact Probability Test
- 2) Fisher toets met Tochers Modificatie

Voor de factor gebrekkige realiteitsperceptie zijn geen vergelijkende percentages te geven in de controlegroepen, daar de aanwezigheid van deze factor slechts beoordeeld werd bij gebleken toepassing van gebrekkige anticonceptie, hetgeen in de controlegroepen per definitie niet het geval was.

Overzien we de resultaten van dit deel van het onderzoek, dan blijken praktisch alle in het verkennend onderzoek gevonden oorzakelijke factoren meer voor te komen bij de ongewenst zwangeren dan bij de controlegroepen. Deze verschillen zijn voor het merendeel statistisch significant. Het minst duidelijk zijn de verschillen bij de weerstanden tegen het intra-utrieine middel en het condoom (bij deze laatste factor is de verhouding zelfs omgekeerd).

Voor de rubrieken seksuele ontwikkelingsproblematiek, persoonskenmerken, relatieproblematiek en motivatiestoornissen in engere zin zijn de verschillen het grootst tussen de ongewenst zwangeren en de gewenst zwangeren. De pilgebruiksters nemen hier een middenpositie in, hetgeen nog eens de reeds geuite veronderstelling (zie bij "aantal voorafgegane abortus provocati") ondersteunt, dat althans een deel van deze groep niet steeds een betrouwbaar anticonceptiegedrag heeft gehad en wellicht ook nu nog meer kans heeft ooit nog eens ongewenst zwanger te worden dan de groep gewenst zwangeren.

Op grond van de verkregen resultaten kan de veronderstelling, dat de groep ongewenst zwangeren zich van de controlegroepen onderscheidt door het duidelijk meer voorkomen van de opgespoorde oorzakelijke factoren, over het geheel genomen bevestigd worden.

8.4 Onbedoelde maar geaccepteerde zwangerschappen

Zoals vermeld is in hoofdstuk 4.1 bestond dit groepje uit 7 vrouwen, te weinig dus voor een statistische bewerking. Toch levert het beschouwen van de ingevulde vragenformulieren betreffende deze vrouwen enige interessante bevindingen op.

Wat betreft de oorzaak van het ontstaan van de onbedoelde zwangerschap zien we ten eerste, dat in 5 van de 7 gevallen een situatieve factor (4x algemeen belastende omstandigheid, 1x "condooms op") verantwoordelijk was

voor een verstoring van het gebruikelijke anticonceptiepatroon, ten tweede blijkt in alle gevallen weerstand te bestaan tegen het gebruik van de pil, hetzij door ondervonden, hetzij door gevreesde bijwerkingen, ten derde werd in 5 van de 7 gevallen een restrictieve seksuele opvoeding genoteerd en tenslotte was er in 2 gevallen sprake van ambivalentie t.a.v. de zwangerschapswens. Wat betreft deze variabelen passen deze vrouwen dus duidelijk in de OZ-groep.

Wat betreft de omstandigheden, die bepalend waren voor het aanvaarden van de zwangerschap, kunnen we in de eerste plaats constateren, dat alle 7 vrouwen gehuwd zijn en ten tweede treffen we in dit groepje geen enkele relatietoornis of afhankelijkheid van de partner aan. In dit opzicht passen de vrouwen dus in de GZ-groep. Evenals de bevinding aan het slot van hoofdstuk 8.2 geeft deze constatering dus steun aan de opvatting, dat relatiestoornissen niet alleen oorzaak kunnen zijn van onbedoelde zwangerschappen, maar er tevens toe kunnen bijdragen, dat zo'n onbedoelde zwangerschap als ongewenst wordt ervaren met als gevolg een verzoek tot abortus provocatus.

8.5 Gevonden samenhangen tussen variabelen

Voor een aantal variabelen, dat daarvoor in aanmerking kwam, is de onderlinge samenhang onderzocht door middel van kruistabellen. Terwille van de duidelijkheid worden hieronder alleen de gevonden significante samenhangen genoemd met vermelding van de groepen, waarop ze betrekking hebben en de gebruikte toets. Vervolgens zal aan de gevonden samenhangen een nadere beschouwing worden gewijd. Tenslotte zal een aantal kruistabellen worden weergegeven, die opvallen door het voorkomen van een celfrequentie van nul. Op de betekenis hiervan zal nader worden ingegaan. De groepen waarin de samenhang is onderzocht zullen weer met de in het begin van dit hoofdstuk verklaarde afkortingen worden aangeduid, waaraan nog wordt toegevoegd de afkorting TG voor het totaal der onderzochte personen (dus OZ + GZ + AC + OZA). Een lijst van onderzochte maar niet significant gebleken samenhangen zal in het aanhangsel worden opgenomen.

Op significant niveau bleken samen te hangen:

een in sexueel opzicht restrictieve opvoeding

met:

	groep	P
— gebrekkige kennis van anticonceptie	TG	$< 0,05^1$
— een restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit	TG	$< 0,05^1$
— weerstand tegen een intra uterinen middel	OZ	$< 0,05^1$
— Protestantse godsdienst (N.H. + Geref.)	OZ+GZ	$< 0,05^3$
— herkomst uit dorp of provincieplaats	OZ+GZ	$< 0,05^1$

een restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit

met:

— restrictieve sexuele opvoeding (zie boven)		
— gestoorde beleving van sexualiteit	OZ	$< 0,05^1$
— idem	TG	$< 0,005^1$
— gering besef van eigenwaarde	OZ	$< 0,001^1$
— fatalisme, passiviteit	OZ	$< 0,005^1$
— weerstand tegen anticonceptie in het algemeen	TG	$< 0,05^1$
— weerstand tegen pilgebruik wegens gevreesde bijwerkingen	TG	$< 0,05^4$
— weerstand tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente sexuele beschikbaarheid	OZ	$< 0,05^1$
— idem	TG	$< 0,01^1$
— "andere" weerstand tegen pilgebruik	TG	$< 0,05^1$

een gestoorde beleving van sexualiteit

met:

— restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit (zie boven)		
— gering besef van eigenwaarde	OZ	$< 0,05^1$
— fatalisme, passiviteit	OZ	$< 0,005^1$
— spanningen in de relatie	OZ	$< 0,05^1$
— weerstand tegen anticonceptie in het algemeen	TG	$< 0,005^1$
— lager sociaal niveau (dan middelbaar)	OZ+AC	$< 0,05^3$

1) Fisher Exact Probability Test

2) I-toets

3) Fisher toets met Tochers Modificatie

4) χ^2 -toets

een gering besef van eigenwaarde

met:

— restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit (zie boven)		
— fatalisme, passiviteit	OZ	$< 0,001^1$)
— idem	TG	$< 0,001^1$)
— afhankelijkheid van de partner	OZ	$< 0,05^1$)
— idem	TG	$< 0,01^1$)
— spanningen in de relatie	OZ	$< 0,05^3$)

afhankelijkheid van de partner

met:

— fatalisme, passiviteit	TG	$< 0,05^3$)
--------------------------	----	--------------

weerstand tegen anticonceptie in het algemeen

met:

— restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit (zie boven)		
— gestoorde beleving van sexualiteit (zie boven)		
— weerstand tegen pilgebruik wegens gevreesde bijwerkingen	OZ	$< 0,05^1$)
— weerstand tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente sexuele beschikbaarheid	OZ	$< 0,05^3$)
— "andere" weerstanden tegen pilgebruik	OZ	$< 0,05^1$)
— weerstand tegen intra-uterien middel	OZ	$< 0,05^1$)
— het niet belijden van een geloof	OZ+GZ	$< 0,05^1$)

hoger sociaal niveau (middelbaar)

met:

— weerstand tegen pilgebruik wegens gevreesde bijwerkingen (omgekeerde correlatie)	OZ+AC	$< 0,05^3$)
— "andere" weerstanden tegen pilgebruik	OZ+AC	$< 0,001^1$)
— gebrekkige kennis van anticonceptie (omgekeerde correlatie)	OZ+AC	$< 0,05^1$)
— gestoorde sexbeleving (omgekeerde correlatie) (zie boven)		

gebrekkige realiteitsperceptie

met:

— weerstand tegen intra-uterien middel OZ $< 0,05^1$)

weerstand tegen condoomgebruik

met:

— het niet belijden van een geloof TG $< 0,001^2$)

Over deze bevindingen vallen enige opmerkingen te maken.

Dat het feit, dat een vrouw een opvoeding heeft gehad waarbij voorlichting over onderwerpen betreffende de sexualiteit achterwege werden gelaten of zelfs verboden of waarbij de sexualiteit als zodanig als onbehoorlijk werd afgeschilderd, hetzij door bewoordingen hetzij door gedragingen van de ouders, samenhang vertoont met een gebrekkige kennis bij haar op dit gebied, wekt geen verbazing. Dat deze vrouwen een goede kans lopen ook weer een restrictieve attitude t.a.v. de sexualiteit te ontwikkelen, wordt door onze bevindingen waarschijnlijk gemaakt.

Het gebruik van een intra-uterien middel, wanneer dit geïndiceerd is, vereist een aanvaarding van de eigen sexualiteit en van het eigen geslachtsorgaan; dit maakt het begrijpelijk, dat weerstand tegen dit middel kan voortkomen uit een sexueel restrictieve opvoeding.

Een opvallende bevinding was, dat wel Protestantse godsdienst (belijdend N.H. en Gereformeerd) bleek samen te hangen met sexueel restrictieve opvoeding, niet echter het belijden van het R.K. geloof.

Dat een gebrekkige aanvaarding van de sexualiteit samengaat met een stoornis in de beleving ervan, is een bevinding die slechts te verwachten was. Dat hierdoor ook de anticonceptiegedachte als zodanig, die immers sexueel contact impliceert, moeilijk wordt aanvaard, is niet verwonderlijk, evenmin, dat er meer kans bestaat op angst voor schadelijke bijwerkingen van pilgebruik, omdat men de neiging zal hebben deze te beschouwen als een verdiende straf voor het ongestoord genieten van sexualiteit.

Daar pilgebruik impliceert, dat men rekening houdt met sexueel contact, is het begrijpelijk, dat hiertegen weerstand zal bestaan bij een sexueel restrictieve houding.

1) Fisher Exact Probability Test

2) I-toets

3) Fisher toets met Tochers Modificatie

4) χ^2 -toets

De eigenschappen fatalisme of passiviteit ten aanzien van de eigen levensloop en een gering gevoel van eigenwaarde blijken samenhang te vertonen, hetgeen wel begrijpelijk is, want als men weinig waarde aan de eigen persoon toekent zal men ook niet geneigd zijn om moeite te doen voor deze persoon teneinde zo gunstig mogelijke levensomstandigheden te scheppen. Dat deze eigenschappen ook samenhang blijken te vertonen met een gestoorde beleving van de sexualiteit, is mogelijk te verklaren als men bedenkt, dat men zich voor een bevredigende sexuele beleving veelal enige moeite moet getroosten, met name de partner duidelijk moet maken op welke wijze hij hieraan het best kan meewerken. Vrouwen die niet gewend of niet actief genoeg zijn om voor zichzelf op te komen zullen hier moeite mee kunnen hebben.

Dat deze eigenschappen bovendien blijken te correleren met afhankelijkheid van de partner zal niemand verbazen.

Dat spanningen in de relatie samenhangen met een gestoorde beleving van de sexualiteit ligt eveneens voor de hand; dat ook een gering gevoel van eigenwaarde met spanningen tussen de partners blijkt samen te hangen zou erop kunnen wijzen, dat er voor het opbouwen van een goede relatie een zekere zelfbewustheid nodig is of dat mensen met weinig gevoel van eigenwaarde geneigd zijn tot een verkeerde partnerkeus. De bevinding dat moeite met het aanvaarden van de anticonceptiegedachte als zodanig en weerstand tegen condoomgebruik blijken samen te hangen met het niet belijden van een geloof, is niet zo gemakkelijk te verklaren. Door uitlatingen in de gesprekken met onze proefpersonen kunnen wij ons echter voorstellen dat bepaalde mensen anticonceptiemaatregelen zien als het dwingen van de mens in een patroon van aanpassing aan de vruchtbaarheidswetten, een conformisme dus, dat door buitenkerkelijken misschien moeilijker geaccepteerd wordt dan door mensen die door hun geloof al een bepaalde discipline aanvaarden.

Interessant zijn ook de bevindingen met betrekking tot het sociaal niveau. We zien daaruit, dat een lager dan middelbaar sociaal niveau samenhangt met een gestoorde beleving van de sexualiteit; dit kan wellicht verklaard worden via de eveneens geconstateerde samenhang met een mindere kennis van anticonceptie (en misschien ook wel van de sexualiteit als geheel?). Gebrekkige kennis schept onzekerheid en daaronder zal de beleving van vreugde aan de sexualiteit te lijden hebben. Ook het minder bevreesd zijn voor bijwerkingen van de pil en het minder ervaren van andere weerstanden tegen pilgebruik in het hogere sociale niveau passen in dit kader.

Tenslotte merken wij op, dat de bevinding van Wibaut (1975), dat er een samenhang bestaat tussen het ondervinden van klachten bij pilgebruik en de mate van aanvaarding van sexualiteit, door ons onderzoek in zoverre gesteund wordt, dat een significante samenhang wordt gevonden tussen weerstand tegen anticonceptie in het algemeen en een restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit, maar we vonden geen significante samenhang tussen een dergelijke attitude en ondervonden bijwerkingen bij pilgebruik. Ook was er nauwelijks verschil tussen de onderzoeksgroep en de groep gewenst zwangeren met betrekking tot ondervonden bijwerkingen bij pilgebruik, terwijl de restrictieve seksuele attitude in de onderzoeksgroep significant vaker voorkwam.

Op een aantal opvallende samenhangen zonder dat van significante correlatie sprake is, willen we nog wijzen aan de hand van de betreffende kruistabellen; deze vallen op door het voorkomen van celfrequenties van nul (zie tabellen 14 t/m 19).

Tabel 14

weerst. a.c. alg.

		+	-	
sex	+	6	33	39
restr.	-	0	8	8
opv.		6	41	47

Tabel 15.

weerst. pil
perm.sex.besch.

		+	-	
sex.	+	4	34	38
restr.	-	0	8	8
opv.		4	42	46

Tabel 16

subj. onber.
a.c.

		+	-	
sex	+	6	32	38
restr.	-	0	8	8
opv.		6	40	46

Tabel 17

sex. restr. att.

		+	-	
sex.	+	13	26	39
restr.	-	0	8	8
opv.		13	34	47

Tabel 18

fatal., pass.

		+	-	
sex	+	11	28	39
restr.	-	0	8	8
opv.		11	36	47

Tabel 19

weerst. pil
perm.sex.besch.

		+	-	
bewust	+	4	32	36
v.zwang.	-	0	17	17
risico		4	49	53

De tabellen 14 t/m 18 hebben betrekking op de groep ongewenst zwangeren, tabel 19 op de groep OZ+OZA, dus de totale groep onbedoeld zwangeren.

Uit de eerste vijf tabellen valt af te lezen, dat *alle vrouwen* die:

- weerstand hebben tegen de anticonceptiegedachte als zodanig
- weerstand hebben tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid
- betrouwbare anticonceptie subjectief als onbereikbaar ervaren
- een seksueel restrictieve attitude hebben
- een fatalistische, passieve persoonlijkheid hebben,

een *seksueel restrictieve opvoeding* hebben gehad.

Uit tabel 19 is af te lezen, dat alle vrouwen die weerstand hebben tegen pilgebruik wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid, zich bewust zijn geweest van het risico dat zij liepen om ongewenst zwanger te worden. Dit wijst erop, dat dit bezwaar tegen de pil voor deze vrouwen zwaar heeft gewogen.

9. Conclusies en consequenties

Het is hier de plaats om nog eens met nadruk te wijzen op hetgeen reeds in hoofdstuk 6.4 is uiteengezet, namelijk dat het onderhavige onderzoek is verricht vanuit de huisartsendiscipline en daar dus de kenmerken en beperkingen van toont. Zou een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werk(st)er of een zielszorger gesprekken voeren met vrouwen over de oorzaak van hun ongewenste zwangerschap, dan zouden deze gesprekken waarschijnlijk een ander verloop hebben, maar ze zouden ook dan weer het stempeel vertonen van de betreffende beroepsdiscipline. Deze overweging vormt de rechtvaardiging voor het presenteren van onze resultaten, waarvan wij hopen, dat ze enige praktische bruikbaarheid zullen hebben. Daarbij wordt echter aangetekend, dat soortgelijke onderzoeken vanuit de andere bovengenoemde disciplines gewenst zouden zijn.

We zullen nu trachten om met behulp van de verkregen onderzoeksresultaten een antwoord te geven op de in hoofdstuk 3.2 geformuleerde probleemstelling.

Allereerst kan daar worden vastgesteld, dat het ontstaan van een ongewenste zwangerschap een multicausaal gebeuren is in die zin, dat in een bepaald geval meerdere oorzaken direct dan wel indirect meespelen en dat voorts bij het bestuderen van een reeks gevallen telkens weer andere combinaties van oorzaken blijken voor te komen.

Als mogelijke oorzakelijke factoren konden de volgende worden geïdentificeerd:

- weerstand tegen de anticonceptiegedachte als zodanig
- weerstand tegen het gebruik van de pil wegens:
 - ondervonden bijwerkingen
 - gevreesde bijwerkingen
 - implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid
 - diverse andere oorzaken
- weerstand tegen het gebruik van een condoom
- weerstand tegen het gebruik van een intra-uterien middel
- subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie
- gebrekkige kennis van anticonceptie
- een restrictieve seksuele opvoeding
- een restrictieve attitude t.a.v. sexualiteit
- een gestoorde beleving van sexualiteit
- een gering besef van eigenwaarde
- fatalistische, passieve persoonlijkheidskenmerken
- spanningen in de relatie tot de partner
- afhankelijkheid van de partner
- gehuwd zijn op grond van oneigenlijke motieven
- diverse situatieve factoren zoals:
 - algemeen belastende omstandigheden
 - een rouwproces
 - een plotselinge stoomis in de relatie
 - onverwachtheid van de coïtus
 - alcoholgebruik
 - een plotselinge drang tot het op de proef stellen van de eigen vruchtbaarheid of die van de partner
 - een toestand van veranderd bewustzijn
- ambivalentie t.a.v. de zwangerschapswens
- een gebrekkige realiteitsperceptie
- het falen van een op zichzelf betrouwbaar te achten anticonceptie-methode.

Voor een nadere toelichting bij de opgesomde factoren wordt verwezen naar hoofdstuk 7.2.

Tussen de gevonden oorzaken blijken tal van onderlinge samenhangen aan te wijzen.

Het merendeel van de genoemde oorzaken waren we in de literatuur al in één of andere vorm tegen gekomen, maar we kunnen ons nu een indruk

vormen van het praktisch belang van de diverse factoren aan de hand van de gegevens over de relatieve frequentie van voorkomen.

Het blijkt, dat de problematiek betreffende de anticonceptie (gebrekkige kennis, onbereikbaarheid, weerstanden tegen toepassing) op de eerste plaats komt, gevolgd door de motivatiestoornissen, de seksuele ontwikkelingsproblematiek en de situatieve factoren. Minder frequent zagen we de predisponerende persoonlijkheidskenmerken en de relatieproblematiek.

De meest zeldzame oorzaak was het falen van betrouwbare anticonceptie. Wij werden in het bijzonder getroffen door het vrij vaak voorkomen van een situatieve factor, een incidenteel gebeuren dus, als oorzaak of medeoorzaak van ongewenste zwangerschap, daar we dit in de literatuur alleen waren tegengekomen in het overzicht van Ladee(1971).

De vraag of we de genoemde oorzakelijke factoren als duidelijk samenhangend met het verschijnsel ongewenste zwangerschap mogen beschouwen, kan aan de hand van het vergelijkend onderzoek met de controlegroepen over het geheel genomen bevestigend worden beantwoord. Wel moet worden opgemerkt, dat in het totaal van weerstanden tegen anticonceptiemethodes geen verschil bestond tussen de groepen; het verschil betrof alleen de weerstand tegen pilgebruik.

We kunnen nu op grond van bovenstaande gegevens de volgende voorstelling ontwikkelen van de ontstaanswijze van een ongewenste zwangerschap. Wanneer een partnercombinatie de bedoeling heeft om ondanks het hebben van geslachtsverkeer een conceptie te vermijden, dan dienen de partners daartoe een veilig anticonceptiegedrag te ontwikkelen. Het tot stand komen, maar ook het in stand houden van een veilig anticonceptiegedrag blijkt echter op tal van manieren belemmerd te kunnen worden, b.v. door een gebrek aan kennis, weerzin tegen anticonceptie in het algemeen en bepaalde methodes in het bijzonder, moeilijke verkrijgbaarheid van middelen, seksuele ontwikkelingsstoornissen, bepaalde persoonlijkheidskenmerken, stoornissen in de verhouding tot elkaar, maar ook door incidentele omstandigheden, die zich ieder ogenblik kunnen voordoen. Als enig tegengewicht tegen deze aanwezige dan wel potentiële belemmeringen staat hun motivatie om zwangerschap te vermijden. Wanneer deze motivatie dus zelf al niet sterk en duidelijk is, is het risico van schipbreuk onderweg al bij voorbaat groot. Andere versterkende motieven voor een veilig anticonceptiegedrag zijn nauwelijks te vinden, zoals het noodlot is van ieder preventief gedrag, met name b.v. ook in het verkeer. Er is weinig vreugde te putten uit het toepassen van autogordels, het stoppen voor verkeerslichten of

het besteden van geld en tijd aan het in optimale conditie houden van een automobiel. Evenzo zal vrijwel niemand het toepassen van anticonceptie als een positief genoegen ervaren. De vrouwen, die de pil niet graag zouden missen, omdat zij zich daarmee beter voelen of omdat hun cyclus daardoor zo mooi geregeld is, vormen naar onze ervaring een kleine minderheid.

Na ons aldus een voorstelling gevormd te hebben hoe ongewenste zwangerschappen kunnen ontstaan, komen we vanzelf tot de consequenties betreffende de preventie. Deze bevat twee elementen, n.l. het signaleren van risicofactoren en het elimineren ervan. Het *signaleren van risicofactoren* in individuele gevallen kan het best gebeuren door personen, met wie een vertrouwde relatie bestaat of aan wie advies inzake anticonceptie wordt gevraagd, dus ouders, goede vrienden, leraren, pastores, maatschappelijk werk(st)ers, huisartsen en gynaecologen, al of niet verbonden aan een consultatiebureau. Dit impliceert b.v., dat degene die om hulp gevraagd wordt bij de anticonceptie, zich moet afvragen of de methode die geadviseerd wordt, door de partners in kwestie ook werkelijk geaccepteerd kan worden, omdat anders het risico bestaat, dat de methode slordig of in het geheel niet wordt gebruikt. Dit kan ook een extra zin geven aan de periodieke pilcontroles, die, wanneer ze niet uitsluitend tot een lichamelijk onderzoek beperkt blijven, juist een goede gelegenheid scheppen om eventuele weerstanden of andere risicofactoren op het spoor te komen. Ook zullen b.v. pastores, maatschappelijk werk(st)ers, enz., die geconfronteerd worden met vrouwen, die in een scheidingssituatie verkeren dan wel kort geleden weduwe zijn geworden of met echtparen, die in kritische levensomstandigheden verkeren, alert moeten zijn op het verhoogde risico van onveilig anticonceptiegedrag, in het bijzonder als de relatie tussen de partners onderling te wensen overlaait of er predisponerende persoonlijke eigenschappen bestaan. Iedereen, maar in het bijzonder ouders en beroepsopvoeders zullen zich de betekenis moeten realiseren van alcoholgebruik voor de mate van risico, die op het gebied van de anticonceptie wordt genomen. Zij zullen de jongeren, die aan hun hoede zijn toevertrouwd, op dit gevaar moeten wijzen. Een moeilijk te signaleren doch helaas, naar ons gebleken is, vaak voorkomende risicofactor is de gebrekkige realiteitsperceptie. Zoals eerder uiteengezet werd, betreft het hier personen die tegen beter weten in doorgaan met een onbetrouwbare anticonceptiemethode, bijv. omdat het al zo lang goedgegaan is. Deze methode is dan of de periodieke onthouding of de coïtus interruptus, waarvoor dus geen contact met een arts nodig is. Daarom is het alleen mogelijk om deze factor op te sporen door zodra hier ook maar enig-

zins aanleiding toe bestaat, uit zichzelf naar de toegepaste anticonceptiemethode te informeren; zo nodig kan dan een corrigerend advies worden gegeven.

Wat betreft het *eliminieren van risicofactoren* kunnen we onderscheid maken tussen maatregelen, die onmiddellijk effect sorteren en een beleidsvoering, die pas op langere termijn vruchten kan afwerpen. Tot de eerste categorie behoort het adviseren van anticonceptiemethodes, die geen voortdurende motivatie vereisen aan personen, die één of meerdere motivatiebedreigende kenmerken vertonen, b.v. een gering besef van eigenwaarde, een fatalistische of passieve geaardheid, een gestoorde relatie tot de partner, enz. Zulke methodes zijn het intra-uteriene middel, de zgn. prikpil en de sterilisatie van man of vrouw.

Ook zal het besteden van voldoende aandacht en tijd aan het introduceren en begeleiden van een anticonceptiemethode bijdragen tot het wegwerken van eventuele ongerustheid over betrouwbaarheid en onschadelijkheid ervan bij de partners.

Van de maatregelen op langere termijn moet allereerst genoemd worden de intensivering van verbreiding van kennis op het gebied van anticonceptie, vooral onder opvoeders, die deze kennis moeten doorgeven. Uit tabel 9 blijkt namelijk duidelijk, dat de ongewenst zwangeren in dit opzicht ongunstig afsteken tegen de vrouwen van de controlegroepen. Dit is dus in tegenspraak met de wel verkondigde mening, dat tegenwoordig iedereen wel voldoende weet van anticonceptie maar dat de ongewenst zwangeren te zorgeloos zijn om die kennis te gebruiken.

Verder moet meer dan tot dusverre gelet worden op het praktisch nut van de voorlichting, d.w.z. alleen die methodes moeten aandacht krijgen, die als voldoende betrouwbaar kunnen gelden. Even onuitroeibaar als tot voor kort de toepassing van het knevelverband bij bloedingen aan arm of been in E.H.B.O.-voorschriften lijkt de periodieke onthouding in de anticonceptievoorlichting. Deze methode dient, evenals de coïtus interruptus, alleen nog vermeld te worden als afschrikwekkend voorbeeld van een uiterst onbetrouwbare methode.

Niet genoeg nadruk kan ook gelegd worden op het belang van het geven van algemene bekendheid aan de zgn. morning-after-pill, die als zeer werkzame "noodrem" kan dienen in de blijkbaar talrijke gevallen, waarbij sprake is van een incidentele, vaak éénmalige, verstoring van een overigens redelijk betrouwbaar anticonceptiegedrag. Ook zullen in de voorlichting duidelijker de twee feiten, die in onze huidige sociale en culturele situatie

het uitgangspunt moeten vormen van het denken over anticonceptie, tot uitdrukking moeten komen. Deze feiten zijn:

- geslachtsverkeer ontleent zijn betekenis in hoofdzaak aan zijn functie van uitdrukkingsmiddel in de verstandhouding tussen de partners of van driftbevrediging en slechts zelden aan zijn functie in verband met de voortplanting, namelijk alleen die schaarse keren in het leven, dat een kind gewenst wordt
- geslachtsverkeer is niet gebonden aan de huwelijkse staat, noch aan bepaalde leeftijdsgrenzen, voor zover er geslachtsrijpheid bestaat.

Deze feiten impliceren enerzijds, dat geslachtsverkeer praktisch altijd synoniem dient te zijn met betrouwbare anticonceptie, anderzijds, dat betrouwbare anticonceptie voor iedere geslachtsrijpe man en vrouw bekend en bereikbaar moet zijn.

Dit brengt ons vanzelf op het elimineren van de subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie en de restrictieve sexuele opvoeding als risicofactoren. Dit vereist een attitudeverandering van ouders en artsen, die menen bepaalde beperkende voorwaarden te moeten stellen aan hun medewerking op het gebied van anticonceptie en het verstrekken van informatie op het gebied van sexualiteit en voortplanting, wanneer hun daarom gevraagd wordt door van hen afhankelijke jongeren of zelfs volwassenen. Ons inziens is er voor hen veeleer reden tot een gevoel van voldoening over het feit, dat er vertrouwen in hen wordt gesteld en over het blijk van verantwoordelijkheidsgevoel bij degene, die zich tot hen wendt voor hulp en voorlichting. Een dergelijke attitudeverandering is natuurlijk niet op korte termijn te bewerkstelligen, maar wij zagen in onze serie interviews hoopvolle tekenen in die zin, dat ouders hun jongere kinderen soms beter konden begrijpen en helpen op het gebied van sexualiteit dan de oudere, waaruit een ontwikkeling blijkt van hun eigen aanvaarding van de sexualiteit.

Tenslotte kan als beleid op langere termijn worden gewezen op het belang van vervolmaking van de anticonceptiemethodes, die boven genoemd werden als voorkeursmiddelen bij aanwezigheid van risicofactoren. Als b.v. de betrouwbaarheid van het intra-uteriene middel kon worden opgevoerd tot het niveau van de orale anticonceptie, zou dit een belangrijk winstpunt betekenen. Evenzo zou een oplossing voor de cyclusanomalie bij toepassing van de driemaandelijke "prikpil" zeer welkom zijn. Wat betreft de sterilisatie van de vrouw wordt de veelal nog vereiste ziekenhuisopname als een sociaal en financieel bezwaar gevoeld, temeer, daar particuliere verzekeringen

deze beschouwen als niet behorend tot het verzekeringspakket. Een betrouwbare alom verkrijgbare poliklinische sterilisatie, zoals die reeds voor de man bestaat, dient ook voor de vrouw beschikbaar te komen.

Tenslotte moet bij de ontwikkeling van nieuwe anticonceptiemethodes vooral gezocht worden naar systemen, die niet ontvankelijk zijn voor bestaande of plotseling opdoemende bedreiging van de motivatie voor een veilig anticonceptiegedrag.

10. Samenvatting

Een onderzoek werd ingesteld ter beantwoording van de vragen, door welke mogelijke oorzaken een ongewenste zwangerschap kan ontstaan, in welke frequentie de diverse oorzaken voorkomen en in hoeverre deze oorzakelijke factoren als specifiek samenhangend met het verschijnsel ongewenste zwangerschap kunnen worden beschouwd.

Het onderzoekmateriaal bestond uit op geluidsband geregistreerde gesprekken met 50 ongewenst zwangeren, 48 gewenst zwangeren, 50 pilgebruikers en 7 vrouwen met een onbedoelde maar geaccepteerde zwangerschap, welke laatste drie categoriën als controlegroepen werden gebruikt.

Door analyse van de gesprekken met de ongewenst zwangeren werden de diverse risicofactoren opgespoord; vervolgens werd een vragenlijst geconstrueerd, aan de hand waarvan alle gesprekken werden beoordeeld door een groep van 9 geoefende judges. Uit de verkregen uitkomsten bleek, dat het ontstaan van ongewenste zwangerschap een multicausaal proces is en dat er een zestal groepen van oorzakelijke factoren viel te onderscheiden, n.l. factoren met betrekking tot de anticonceptie, de seksuele ontwikkeling, de actuele situatie, de persoonskenmerken, de relatie tot de partner en de motivatie tot anticonceptie in engere zin.

Nagegaan werd de frequentie van voorkomen der diverse factoren en het verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroepen op dit punt. Deze verschillen bleken over het algemeen statistisch significant.

Bestaande samenhangen tussen de oorzakelijke factoren onderling werden onderzocht.

De consequenties van de onderzoeksresultaten voor de preventie van ongewenste zwangerschap werden besproken.

11. Summary

Researches were made to determine the factors which can possibly cause an unwanted pregnancy, the frequency in which these various causes occur and the degree in which these causal factors may be considered to be connected specifically with the phenomenon of unwanted pregnancy.

Research material consisted of tape — recorded interviews with 50 women with unwanted pregnancies, 48 women with desired pregnancies, 50 women taking the pill and 7 women with unintended but accepted pregnancies, the latter three categories serving as control groups.

Risk factors were identified by analysing the interviews with the women with unwanted pregnancies; thereupon a questionnaire was drawn up, by means of which all interviews were judged by 9 trained judges. The results have shown that an unwanted pregnancy is usually caused by several factors operating simultaneously, and that six clusters of causal factors may be distinguished, viz. factors concerning contraception, sexual development, situation present at the time of intercourse, personal traits, relationship with the partner and motivation for contraception in a narrower sense. The frequency of occurrence of the various factors was determined, as were differences between experimental and control groups in this respect. These differences generally proved to be statistically significant.

Existent interrelationships between causal factors were investigated.

The consequences following from these results bearing on the prevention of unwanted pregnancies, were discussed.

Geraadpleegde literatuur

- Adams, J.R., 1961. Attitudinal ambivalence and choice of contraceptive method. Unpublished doctoral dissertation. New York, Columbia Univ.
- Andriessen, J.H.T.H., Interne of externe beheersing. In: Ned. Tijdschr. Psychol., Vol. 27, 1972, nr. 4, pp. 173-198.
- Bakker, C.B., Dightman, C.R., 1964. Psychological factors in fertility control. In: Fertility and sterility, Vol. 15, 1964, nr. 5, pp. 559-567.
- Bangma, P., 1970. Huisarts en anticonceptie. Acad. proefschrift, Rotterdam.
- Brown, G.W., Rutter, M., 1966. The measurement of family activities and relationships; a methodological study. In: Human relations, Vol. 19, pp. 241-263.
- Christensen, H.T., 1968. Children in the family; relationship of number and spacing to marital success. In: J. Marriage Fam., pp. 283-289.
- David, H.P., 1972. Abortion in psychological perspective. In: Am. Journ. Orthopsych., Vol. 42, nr. 1, pp. 61-68.
- Derkx, R., Does, M. van der, 1973. Anticonceptiegedrag van jonge ongehuwde vrouwen. Doctoraalscriptie. Nijmegen. Kath. Univ., afd. Soc. Psychol.
- Diamond et al., 1973. Sexuality, birthcontrol and abortion. In: Journal of Biosocial Sciences, Vol. 5, pp. 347-361.
- Emde Boas, C. van, 1967. Abortus provocatus. In: Ned. Tijdschr. Geneesk., pp. 169-189.
- Fabery de Jonge, Ineke, 1971. Anonyme Registratie Abortus. Zeist, NISSO.
- Fawcett, James T., 1970. Psychology and population; behavioural research issues in fertility and familyplanning. New York, The Populationcouncil.
- F.G.M.A., 1963. Shorthandreference for the second Family Growth in Metropolitan America report, Westoff et al.
- Flugel, J.C., 1947. The psychology of birthcontrol. In: Men and their motives. New York, pp. 1-43.
- Forssman, Hans and Thuwe, Inga, 1966. One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. Acta Scandin. 42, pp. 71-88.
- G.A.F., 1966. Shorthandreference for the second Growth of American Families report, Westoff et al.
- Hill, R., Stycos, J.M., Black, K., 1959. The family and populationcontrol. Chapel Hill.
- Kogan, N. and Wallach, M., 1964. Risk taking; a study in cognition and personality. New York, Holt Rinehart & Winston.
- Kogan, N. and Wallach, M., 1967. Risk taking as a function of the situation, the person and the group. In: New Directions in Psychology III. Ed. G. Maudler, New York, Holt, Rinehart & Winston, Inc.

- Ladee, G.A., 1971. Over psychische factoren bij het falen van anticonceptie. In: *Huisarts en Wetenschap*, Vol. 14, pp. 309-313.
- Luker, Kristin, 1975. Taking chances; abortion and the decision not to contracept. Univ. of California Press, Berkeley.
- Miller, W.B., 1973. Psychological vulnerability to unwanted pregnancy. In: *Family Planning Perspectives*, Vol. 5, nr. 4, pp. 199-201.
- Oenen, J.J. van, 1970. *Ongehuwde moeders*. Acad. proefschrift, Leiden, Stenfert Kroese.
- Olley, P.C., 1971. Personality factors and referral for therapeutic abortion. *Journal of Biosocial Sciences*, nr. 3, pp. 106-115.
- Out, J. en Zegveld, P., 1973. *Motieven voor ouderschap*. Doctoraalscriptie (niet gepubl.), Rijksuniv., Leiden.
- Pion, R.J., Wagner, N.N., Bulter, J.C., Fujita, B., 1970. Abortion request and postoperative response. *Northwest Medicine*, pp. 693-698.
- Pohlman, E., 1968. Birth timing and spacing; research and recommendations.
- Pohlman, E., 1969. *Psychology of Birth Planning*. Cambridge (Mass.), Schenkman Publ. Co., Inc.
- Rainwater, L., 1965. *Family design; marital sexuality, family size and family planning*. Chicago, Aldine Publ. Co.
- Rümke, H.C., 1948. *Studies en voordrachten over psychiatrie*. Amsterdam. Scheltema en Holkema.
- Russo, F.R., 1971. Risk taking; possibilities for fertility research. In: *Journ. of Sex Research*, Vol. 7, nr. 4, pp. 289-297.
- Saal, C.D. et al, 1972. *Ongewenst zwanger*. Nijkerk.
- Schnabel, P., 1975. *Abortus en ongewenste zwangerschap bij jonge ongehuwden*. Den Haag, Stimezo Documentatie 75-2.
- S.I.N. Sex in Nederland, 1969. Utrecht. Het Spectrum.
- Siegel, Sidney, z.j. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. Tokyo, McGraw-Hill Kogakusha, Ltd.
- Sondermeyer, B.S., Veenhoven, R., 1972. *Abortus, NISSO-literatuurrapport nr. 7*.
- Spitz, J.C., 1968. *Statistiek voor psychologen, pedagogen en sociologen*. Amsterdam, N.V. Noord-Hollandsche Uitg. Mij.
- Thiery, M.G., Buyse, G. en Haspels, A.A., 1971. *Anticonceptie*. Leiden, Stafleu.
- Treffers, P.E., 1965. *Abortus provocatus en anticonceptie*. Acad. proefschrift, Haarlem.
- Veenhoven, R., 1974. Geestelijke gezondheid en sociaal milieu; ongewenste zwangerschap als oorzaak van relatief slechtere geestelijke gezondheid in gedepriveerde sociale milieus. *Tijdschr. Soc. Geneesk.*, nr. 52, pp. 26-29.
- Wibaut, F.P., 1975. *Anticonceptie en sexualiteit*. Acad. proefschrift. Amsterdam. Erven Bohn.
- Wong Lun Hing, F.J.H., 1971. *Ongewenste zwangerschap*. Meppel, J.A. Boom & zn. N.V.S.H.

Aanhangsel

Tabel 1. Vergelijking van de judges op overeenstemming (zie hoofdstuk 5.2.)

variabelen met antwoordmogelijkheden																							
gesprek-nr.	12					13				26				29				34				judgenr.	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3		4
8			x				x					x			x	x							1
			x				x					x				x							2
			x				x					x				x							3
			x				x					x				x					x		4
			x				x					x				x					x		5
			x				x					x				x					x		6
			x				x					x				x					x		7
			x				x					x				x					x		8
			x				x					x				x					x		9
19			x				x					x			x								1
			x				x					x			x								2
			x				x					x			x								3
			x				x					x			x						x		4
			x				x					x								x			5
			x				x					x			x								6
			x				x					x			x					x			7
			x				x					x			x					x			8
			x				x					x			x					x			9
122	x									x				x						x			1
	x									x				x						x			2
	x									x				x						x			3
	x									x				x						x			4
	x									x				x						x			5
	x									x				x						x			6
	x									x				x						x			7
	x									x				x						x			8
	x									x				x						x			9
155	x									x				x						x			1
	x									x				x						x			2
				x			x							x						x			3
				x			x							x						x			4
				x			x							x						x			5
	x									x				x						x			6
	x									x				x						x			7
	x									x				x						x			8
	x									x				x						x			9
221						x				x				x						x			1
						x				x				x						x			2
						x				x				x						x			3
						x				x				x						x			4
						x				x				x						x			5
						x				x				x						x			6
						x				x				x						x			7
						x				x				x						x			8
						x				x				x						x			9
259						x				x				x						x			1
						x				x				x						x			2
						x				x				x						x			3
						x				x				x						x			4
						x				x				x						x			5
						x				x				x						x			6
						x				x				x						x			7
						x				x				x						x			8
						x				x				x						x			9

Model van de VRAGENLIJST voor de judges

Serienummer:

Naam judge:

datum:

1. Leeftijd (in jaren invullen s.v.p.)
Indien onbekend, 88 invullen.
2. Burgelijke staat
 1. gehuwd
 2. ongehuwd, vaste stabiele relatie
 3. ongehuwd, (nog) geen vaste relatie
 4. ongehuwd, geen relatie
 5. gescheiden, weduwe
 6. anders, n.l.:
 8. onbekend
3. Coïtus in deze relatie
 1. voorspelbaar
 2. min of meer onverwacht
 8. onbekend
4. Geloof
 1. geen
 2. N.H.
 3. Gereformeerd
 4. R.K.
 5. anders, n.l.:
 8. onbekend
5. Pariteit
 1. partus, aantal :
 2. spont. ab., aantal :
 3. ab. prov., aantal :indien aantal onbekend, 88 invullen.
6. Opgegroeid in:
 1. plaatsnaam:
 8. onbekend
7. Ontwikkelingsniveau
 1. opleiding:
 8. onbekend

8. Beroep
 1. beroep:
 8. onbekend
9. Ontwikkelingsniveau partner
 1. opleiding:
 8. onbekend
10. Beroep partner
 1. beroep:
 8. onbekend
11. Is deze vrouw zwanger, resp. is er pas een zwangerschap afgebroken?
 1. ja
 2. neen
 8. onbekend
12. Indien 11.1, was de zwangerschap
 1. bedoeld en geaccepteerd _____
 2. bedoeld maar niet geaccepteerd _____
 3. onbedoeld en niet geaccepteerd _____
 4. onbedoeld maar geaccepteerd _____
 8. onbekend
 9. n.v.t.
13. Indien onbedoeld zwanger, was dit te wijten aan duidelijk riskant anticonceptiegedrag?
 1. ja
 2. neen
 3. niet duidelijk
 9. n.v.t.
14. Indien 13.1, bestond het riskante a.c.-gedrag
 1. als regel
 2. min of meer incidenteel (verergerd)
 8. niet duidelijk 1. of 2.
 9. n.v.t.
15. Is het riskante anticonceptiegedrag (mede) bepaald door een gebrekkige realiteitsperceptie?
 1. ja _____
 2. neen _____
 8. onbekend
 9. n.v.t.

16. Indien 14.2, is als aannemelijke oorzaak hiervan één of meer van de volgende omstandigheden aan te wijzen
1. stress _____
 2. min of meer acute stoornis in de relatie _____
 3. onverwachtheid van de coïtus _____
 4. een rouwproces _____
 5. alcoholgebruik _____
 6. een nog niet genoemde omstandigheid, n.l.: _____
 7. geen van genoemde omstandigheden _____
 8. onbekend _____
 9. n.v.t. _____
17. Is één of meer van de onder 16 genoemde omstandigheden aanwezig, zonder dat een oorzaakekelijk verband met een minder efficiënte anti-conceptie aannemelijk is?
1. stress _____
 2. recente min of meer acute stoornis in de relatie _____
 3. onverwachtheid van de coïtus _____
 4. een rouwproces _____
 5. alcoholgebruik _____
 6. geen van genoemde omstandigheden _____
 8. onbekend _____
18. Is er sprake van tegenzin tegen het gebruik van anticonceptie in het algemeen?
1. ja, oorzaakelijk _____
 2. ja, niet oorzaakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
19. Is er sprake van weerstand tegen het gebruik van de pil wegens onder-vonden bijwerkingen?
1. ja, oorzaakelijk _____
 2. ja, niet oorzaakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
20. Is er weerstand tegen het gebruik van de pil wegens gevreesde bijwer-kingen?
1. ja, oorzaakelijk _____
 2. ja, niet oorzaakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____

21. Is er weerstand tegen het gebruik van condoom?
1. ja, oorzakelijk; reden: _____
 2. ja, niet oorzakelijk; reden: _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
22. Is er weerstand tegen het gebruik van i.u.d.?
1. ja, oorzakelijk; reden: _____
 2. ja, niet oorzakelijk; reden: _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
23. Is er weerstand tegen het gebruik van pil wegens implicatie van permanente seksuele beschikbaarheid?
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
24. Zijn er andere dan bovengenoemde weerstanden tegen pilgebruik?
1. ja, oorzakelijk; reden: _____
 2. ja, niet oorzakelijk; reden: _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
25. Is er sprake van uitgesproken gebrekkige kennis omtrent anticonceptie
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
26. Is er sprake van subjectieve onbereikbaarheid van betrouwbare anticonceptie?
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
27. Is er sprake van seksueel restrictieve opvoeding?
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____

28. Is er sprake van sexueel restrictieve attitude? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
29. Is er sprake van gestoorde sexualiteitsbeleving? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
30. Is er sprake van een gering besef van eigenwaarde? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
31. Is in de geaardheid van deze vrouw een zeker fatalisme, of passiviteit aanwezig? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
32. Is er sprake van afhankelijkheid van de partner? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
33. Indien gehuwd, waren er oneigenlijke redenen om te trouwen? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____
 9. n.v.t. _____
34. Is er sprake van spanningen in de relatie? _____
1. ja, oorzakelijk _____
 2. ja, niet oorzakelijk _____
 3. neen _____
 8. onbekend _____

35. Is het aannemelijk, dat er ambivalentie bestaat t.a.v. zwangerschaps-
wens?
1. ja, oorzakelijk _____
2. ja, niet oorzakelijk _____
3. neen _____
8. onbekend _____
36. Was er in de sexueel actieve periode ooit sprake van riskant anticon-
ceptiegedrag?
1. ja _____
2. neen _____
8. onbekend _____
37. Indien 12.3 samengaat met één of meer van de factoren 16.2, 17.2,
34.1, 34.2, bestaat er een oorzakelijk verband?
1. ja _____
2. neen _____
8. onbekend _____
9. n.v.t. _____
38. Indien het een onbedoelde zwangerschap betreft, was men zich van
het zwangerschapsrisico bewust?
1. ja _____
2. neen _____
8. onbekend _____
9. n.v.t. _____

Toelichting bij de vragenlijst

Algemeen

De cijfers in de kantlijn corresponderen met de nummers van de variabelen in de vragenlijst.

"Onbekend" wil zeggen: uit het gesprek niet op te maken.

"N.v.t." wil zeggen: de vraag is niet van toepassing op het interview in kwestie.

De horizontale lijntjes, die voor vele der mogelijke alternatieven zijn aangebracht, zijn zgn. zekerheidsschalen. Men wordt verzocht, indien een alternatief met een dergelijke schaal wordt gekozen, op de schaal met een verticaal streepje aan te geven, hoe zeker men is, dat het gekozen alternatief inderdaad van toepassing is op het geval in kwestie.

Hierbij is het linker uiteinde van de schaal nul procent, het rechter uiteinde honderd procent zekerheid.

Het kiezen van een bepaald alternatief wordt aangegeven door het cijfer ervoor te omcirkelen.

"Ja, oorzakelijk" bij de vragen 18 en verder wil zeggen, dat aanneemelijk is, dat de aanwezigheid van de betreffende omstandigheid een oorzakelijke factor was voor de gebrekkige anticonceptie c.q. zwangerschap, m.a.w. een belemmering vormde voor een verantwoord a.c.-gedrag of toepassing van "morning after pill".

Bij de beantwoording dient men zich dus af te vragen, of, als deze omstandigheid er niet was geweest, de mogelijkheid tot een verantwoorde a.c. had opengestaan in plaats van de nu gebrekkige a.c. .

3. Deze indeling is gekozen met het oog op het belang hiervan voor de anticonceptie:
 - a. voorspelbaar: relaties, waarin de coïtus met een zekere regelmaat plaatsvindt en dus te verwachten is
 - b. onverwacht: relaties, waarin de coïtus, hetzij in feite, hetzij mentaal (nog) niet is ingebouwd.
4. Een geloof wordt alleen als zodanig aangemerkt als het inderdaad beleiden wordt (als men er aan "doet").
5. Abortus provoc. (aantal), de eventuele huidige abortus niet meegerekend.
6. Bedoeld wordt de plaats, waar men gedurende het grootste deel van de ontwikkelingsjaren heeft gewoond.
9. Als "partner" wordt bedoeld de verwekker van de eventuele zwangerschap.
12. Het verzoek om abortus wijst per definitie op het niet geaccepteerd worden van de zwangerschap.
13. Dit is het ontbreken van verantwoorde anticonceptie, n.l. het consequent en volgens de regels van de kunst gebruiken van:
 - a. o.a.c. (incl. minipil of sequentiepil)
 - b. i.u.d. (ook indien geen chemisch middel of condoom daarbij is gebruikt)

- c. condoom, indien zonder uitzondering gebruikt en zonder onbeschermde immissie vooraf; ook zonder pasta of schuimtablet
 - d. pessarium met pasta.
- Ook het niet toepassen van geïndiceerde "morning after pill", wanneer deze bekend en verkrijgbaar was, wordt als riskant a.c.-gedrag beschouwd.
14. Met 14.2 wordt bedoeld een incidentele verstoring of minder efficiënte toepassing van een bepaald a.c.-patroon, hetzij op zichzelf goed of gebrekkig (in 't laatste geval is dus zowel 1. als 2. van toepassing).
 15. Hiermee is bedoeld het toepassen van een bepaalde methode ook al beseft men bij rationeel denken dat deze niet veilig is, op grond van het feit, dat hiermee in het verleden goede ervaringen zijn opgedaan door de persoon zelf of kennissen of omdat men nu eenmaal een bepaalde voorkeur voor deze methode heeft.
Ook is hiervan sprake, als geïndiceerde "morning after pill" is weggelaten, terwijl deze bekend en verkrijgbaar was.
 16.
 1. Stress: belastende omstandigheid, in dit verband van beperkte duur, b.v. verhuizing, examen, moeilijke beslissing, moeilijkheden in werkring
 2. b.v. ruzie in een overigens goede relatie; als er ook verder een gestoorde relatie bestaat, dan dit tevens aangeven onder 34
 4. hieronder wordt verstaan de verstoring van het geestelijk evenwicht, die ontstaat na het verlies of de scheiding van een voor de persoon in kwestie belangrijke figuur. (het is bekend, dat dit proces tot $\pm 1\frac{1}{2}$ jaar kan duren).
 17. Als tijdstip waarop deze omstandigheden al of niet aanwezig moeten worden geacht rekene men:
 - a. in geval van zwangerschap: de tijd van de conceptie en eventueel een korte periode voordien
 - b. geen zwangerschap: de laatste 9 maanden.
 18. B.v. omdat men dit onnatuurlijk vindt of in strijd met de vereiste spontaniteit van de coïtus of omdat men de eigen sexualiteit niet aanvaardt.
 19. Hier worden alle bijwerkingen bedoeld, die subjectief als zodanig ervaren worden, dus ook al lijkt het verband met pilgebruik onwaarschijnlijk.
 20. B.v. uit voorlichting of door verhalen van kennissen.
 22. I.u.d.: spiraaltje, dalconschildje en andere middelen, door een arts in de baarmoeder aangebracht.
 23. Dit mechanisme kan optreden in de ontwikkelingsfase van:
 - a. de eigen sexualiteit: eigen seksuele activiteit wordt niet erkend, dus a.c. is niet nodig
 - b. een relatie: gaan toepassen van pil of i.u.d. zou betekenen, dat zij zich seksueel gewonnen geeft.

25. Hiervan is sprake, indien geen kennis bestaat over de pil en het feit, dat deze maximaal betrouwbaar is, over het condoom en de waarde daarvan of indien men niet op de hoogte is van de gebrekkige veiligheid van coïtus interruptus, P.O. en chemische middelen en indien men niets weet van de "morning after pill".
26. Hiermee wordt bedoeld het onverkrijgbaar achten van een overwogen a.c.-middel (b.v. pil niet aan de huisarts durven vragen, bang dat ouders het zullen merken).
27. Hiervan is sprake, als er bij één of beide ouders een duidelijke afweer van sex-informatie, hetzij door henzelf, hetzij door andere media, of een benadering van sexualiteit in negatieve zin valt te constateren.
28. Dit betekent, dat echte aanvaarding en integratie van de sexualiteit niet heeft plaatsgevonden (sex "mag" eigenlijk niet, of alleen als aan bepaalde min of meer irrelevante voorwaarden is voldaan).
29. B.v. sterk verminderde libido, anorgasmie, irrealistische voorstellingen omtrent geslachtsgemeenschap, b.v. "een man moet mij bevrediging schenken" (wat ik zelf geef is van geen belang).
Deze factor moet worden gezien als een zoveel mogelijk persoonlijke trek van de vrouw, dus niet in duidelijke afhankelijkheid van een bepaalde partner.
30. Hiervan is sprake, indien de vrouw zonder duidelijk protest de partner maar laat begaan, ook al houdt deze in 't geheel geen rekening met haar belangen. Kortweg: ze is niet zuinig op zichzelf.
31. Dit wil zeggen, dat zij weinig neiging heeft om besturend en regelend in haar leven op te treden onder het motto: "dat helpt toch niets; alles gaat zoals het gaan moet", of "ik zal wel zien".
32. Dit betekent, dat de vrouw deze relatie ergens voor "nodig" heeft, dus afgezien van de persoon van de partner, b.v. als vaderssubstituut, om zichzelf te bewijzen, dat ze een man kan boeien of om (net als haar vriendinnen!) iemand te hebben om mee uit te gaan, enz.
33. B.v. huwelijk als vlucht uit een onbevredigende leefsituatie of omdat er zwangerschap bestond, terwijl het anders niet de bedoeling geweest was.
34. Bedoeld worden hier min of meer duurzame spanningen, b.v. door machtsproblematiek, onenigheid inzake gezinsplanning, geldbesteding, enz.
35. Het kan b.v. zijn, dat zwangerschap om duidelijke sociale of gezondheidsredenen als ongewenst wordt ervaren, maar om andere redenen (b.v. als bewijs van eigen vruchtbaarheid, speciaal aan het begin of einde van de fertile periode, of als binding van de partner, enz.) wel gewenst is.
N.B. De ambivalentie heeft betrekking op de situatie ten tijde van de conceptie: zich achteraf neerleggen bij een onbedoelde conceptie geldt dus niet als ambivalentie.
37. Dit betekent, dat het als ongewenst ervaren van de zwangerschap (mede) veroorzaakt wordt door een relatiestoornis.

Hier volgt een lijst van alle onderzochte maar niet bevestigde samenhangen tussen variabelen, d.w.z. gevallen waarin statistische toetsing een $P > 0,05$ opleverde (niet significant). De nummers van de variabelen corresponderen met die in de vragenlijst.

Gekruist werden:

		groepen
variabele 4 met variabele	19	OZ+GZ ¹)
	20	id. ¹)
	21	id. ¹)
	22	id. ⁴)
	27	id. ²)
	28	id. ¹)
- met variabele 27 werd bovendien gekruist: variabele 4,		
alternatieven	2, 3, 4	OZ+GZ ²)
	1, 2+3+4	id. ³)
	2+3, 4	id. ¹)
	2+3, 1+4	id. ³)
variabele 5.1 met variabele 5.3		AC ¹)
variabele 6 met variabele	18	OZ+GZ ¹)
	19	id. ⁴)
	20	id. ⁴)
	21	id. ⁴)
	22	id. ⁴)
	28	id. ³)
variabele 7/8 met variabele	18	OZ+AC ¹)
	19	id. ¹)
	21	id. ¹)
	22	id. ⁵)
	23	id. ³)
	26	id. ¹)
	27	id. ⁴)
	28	id. ¹)
	30	id. ¹)
	31	id. ¹)
	32	id. ¹)
	33	id. ¹)

variabele 15 met variabele	18	OZ ¹⁾	
	19	id. ¹⁾	
	20	id. ¹⁾	
	21	id. ¹⁾	
	23	id. ¹⁾	
	24	id. ¹⁾	
variabele 18 met variabele	19	OZ ¹⁾	
	21	id. ¹⁾	
variabele 27 met variabele	18	OZ ¹⁾	TG ⁵⁾
	19	id. ³⁾	id. ⁴⁾
	20	id. ¹⁾	id. ⁴⁾
	21	id. ³⁾	id. ⁴⁾
	22		id. ⁴⁾
	23	OZ ¹⁾	id. ¹⁾
	24	id. ¹⁾	id. ⁵⁾
	25	id. ¹⁾	
	26	id. ¹⁾	TG ¹⁾
	28	id. ¹⁾	
	30	id. ¹⁾	
	31	id. ¹⁾	
variabele 28 met variabele	18	OZ ¹⁾	
	19	id. ³⁾	TG ⁴⁾
	20	id. ³⁾	
	21	id. ¹⁾	TG ⁵⁾
	22	id. ¹⁾	id. ⁵⁾
	24	id. ³⁾	
	34	id. ¹⁾	
variabele 29 met variabele	18	OZ ¹⁾	
	19	id. ¹⁾	TG ⁴⁾
	20	id. ¹⁾	id. ⁴⁾
	21	id. ¹⁾	id. ¹⁾
	22	id. ¹⁾	id. ¹⁾
	23	id. ¹⁾	id. ¹⁾
	24	id. ¹⁾	id. ¹⁾

- 1) Fisher Exact Probability Test
2) ℓ -toets
3) Fisher toets met Tochers modificatie
4) χ^2 -toets
5) χ^2 -toets met Yates' correctie

variabele 31 met variabele	32	OZ ¹)	
	34	id. ¹)	
	35	id. ¹)	TG ³)
variabele 32 met variabele	34	OZ ¹)	
variabele 38 met variabele	15	OZ ¹)	OZA ¹) OZ+OZA ¹)
	19		id. ³)
	20		id. ⁴)
	21		id. ¹)
	22		id. ⁴)
	23		id. ¹)
	24		id. ³)
	25		id. ¹)
	26		id. ¹)
	27		id. ¹)
	28		id. ¹)
	29		id. ¹)
	30	OZ ¹)	OZA ¹) id. ¹)
	31	id. ¹)	id. ¹) id. ¹)
	32	id. ¹)	id. ¹) id. ¹)
	33		id. ¹)
	34	OZ ³)	OZA ¹) id. ³)
	35		id. ¹)

- 1) Fisher Exact Probability Test
- 2) ℓ -toets
- 3) Fisher toets met Tochers modificatie
- 4) χ^2 -toets
- 5) χ^2 -toets met Yates' correctie

Gaarne wil ik hier mijn dank betuigen aan

- mijn beide promotoren voor hun deskundige adviezen en de vaderlijk-cirtische begeleiding die ze mij gaven
- de psychiater Kees van Schaik en de socioloog Ruut Veenhoven voor hun steun bij de opzet van mijn onderzoek
- drs. Hugo Duivenvoorden voor zijn lessen en zijn supervisie op het gebied van de statistiek
- mijn zoon Bert-Jan voor het afnemen van talrijke interviews en de vele uren van tape-recording en van statistische berekeningen
- mijn collega Marjolein Huyskes voor haar deel aan het afnemen van de interviews en het maken van excerpten van de gesprekken
- de negen studenten-judges voor de aandacht waarmee zij hun taak hebben vervuld
- Margo van Loon Sauveur voor het vele typewerk dat zij verrichtte
- mijn zoon Guus voor de verzorging van het uitgeven van dit proefschrift
- mijn dochter Hanne voor het coderen van de ingevulde vragenlijsten en het ontwerpen van de omslag van het proefschrift
- de medewerkers van de Dr. Stormkliniek voor hun hulp bij het recruterende van proefpersonen
- zuster C.J. de Haan, verloskundige, voor het ter beschikking stellen van haar praktijkruimte en het uitnodigen van proefpersonen voor gesprekken
- de medewerkers van het Dr. Rutgershuis aan de Heemraadssingel voor het beschikbaar stellen van ruimte en het recruterende van proefpersonen voor gesprekken
- de Audio-Visuele Dienst van de Erasmus Universiteit voor het kopiëren van geluidsbanden ten behoeve van de judges
- de afdeling Pathologische Anatomie II van de Erasmus Universiteit (hoofd Prof. Dr. M. de Vries) voor het beschikbaar stellen van de studiezaal met de taperecorders voor de judges
- de afdeling Epidemiologie van de Erasmus Universiteit (hoofd Prof. Dr. H.A. Valkenburg) voor de computerverwerking van gegevens
- de Stichting "De Drie Lichten" voor het verstrekken van een belangrijke geldelijke subsidie voor het onderzoek

en tenslotte maar niet het minst aan mijn vrouw Riek voor haar correctiewerk en voor het opofferen van talloze uren van huiselijk samenzijn.

De schrijver werd geboren in 1922 te Rotterdam, genoot zijn middelbare opleiding aan het Gymnasium Erasmianum aldaar, studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en behaalde het artsdiploma in 1950. Hij vestigde zich in 1951 als huisarts in Rotterdam in welke functie hij nog heden werkzaam is. Daarnaast was hij gedurende vele jaren verbonden aan de Dr. J. Rutgersstichting als medisch leider van een consultatiebureau voor geboorteregeling en sexualiteit. Vanuit deze hoedanigheid werd hij mede-oprichter van de Stichting Stimezo en in het bijzonder van de Dr. W.F. Stormkliniek, die sinds 1971 in de regio Rotterdam poliklinische hulp verleent bij ongewenste zwangerschap.

Stimezo Nederland is een vereniging van abortus-hulpverleners en abortus-(poli)klinieken. Doelstelling van de Vereniging is het scheppen en bevorderen van mogelijkheden tot medisch verantwoorde afbreking van zwangerschap en alles wat daarmee in de ruimste zin verband houdt, zoals het geven van voorlichting, hulp en advies over anticonceptie, seksueel gedrag en preventie van ongewenste zwangerschap.

De Vereniging tracht dit doel te bereiken door:

- het bevorderen van gezamenlijke meningsvorming en actie,
- het verlenen van diensten aan groepen, instellingen en personen, o.a. door het geven van informatie en het doen van wetenschappelijk onderzoek,
- het behartigen van de gemeenschappelijke belangen van haar leden met name door de bewaking van de kwaliteit van de geboden hulpverlening.

Het bureau van de Vereniging Stimezo Nederland is belast met de uitvoering van het gezamenlijk beleid. Voor informatie, onderzoeksrapporten, dokumentatienummers e.d., kunt U zich wenden tot:

- Vereniging Stimezo Nederland
Mr. P.N. van Brederode, directeur
Groot Hertoginnelaan 201
Den Haag - Tel. 070 - 631709